

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย



นางสาวนภัสสร ยอดทองดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO HOPELESSNESS OF ELDERLY PATIENTS WITH DEPRESSIVE  
DISORDER AND PHYSICAL ILLNESS

Miss Naphatsorn Yotthongdi



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุ โรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย
โดย	นางสาวนภัสสร ยอดทองดี
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา)

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

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

นภัสสร ยอดทองดี : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ร่วมกับโรคทางกาย (FACTORS RELATED TO HOPELESSNESS OF ELDERLY PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER AND PHYSICAL ILLNESS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 144 หน้า.

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย และความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ากับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ร่วมกับโรคทางกาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทรและโรงพยาบาลอุทัยธานี จำนวน 132 คน เครื่องมือรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินมุมมองเชิงเหตุผล 3) แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ 4) แบบประเมินการแก้ปัญหา 5) แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 6) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 7) แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 8) แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ เครื่องมือทุกชุดมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา  $>.80$  (.83, .88, .85, .92, .82, .90, .86) และมีค่าความเที่ยง  $>.70$  (.86, .97, .83, .84, .89, .91, .80) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายมีความความสิ้นหวังในอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 50 ( $x = 16.06$ ,  $SD = 5.07$ )
2. ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวัง ( $r = .388$ ,  $p = .000$  และ  $r = .276$ ,  $p = .001$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสามารถในการทำหน้าที่ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวัง ( $r = -.578$ ,  $p = .000$ ,  $r = -.517$ ,  $p = .000$ ,  $r = -.437$ ,  $p = .000$  และ  $r = -.216$ ,  $p = .013$ )

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5677183936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: HOPELESSNESS / ELDERLY / DEPRESSIVE DISORDER / PHYSICAL ILLNESS

NAPHATSORN YOTTHONGDI: FACTORS RELATED TO HOPELESSNESS OF ELDERLY PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER AND PHYSICAL ILLNESS.

ADVISOR: ASST. PROF. RANGSIMAN SOONTHORNCHAIYA, Ph.D., 144 pp.

The purpose of this descriptive research was to examine hopelessness of elderly patients with depressive disorder and physical illness and the relationships between negative attributional, physical function, problem solving skill, self-esteem, social support, depression severity and hopelessness. A sample was 132 Patients with depressive disorder and Physical illness, aged  $\geq 60$  years. Who were randomly selected from the outpatient department at Nakhon Sawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Chainat Narendra Hospital and Uthaitani Hospital. The research instruments were: 1) Personal Questionnaire 2) New Attributional Style Questionnaire 3) Late-life Function Instrument 4) Problem Solving Inventory 5) Self-esteem Questionnaire 6) The personal resource questionnaire 85 Part II 7) Hamilton Rating Scale for Depression 8) Geriatric Hopelessness Scale. All instruments were verified for Content Validity Index  $>.80$  (.83, .88, .85, .92, .82, .90, .86) and reliability  $>.70$  (.86, .97, .83, .84, .89, .91, .80). Data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson correlation coefficient.

Results :

1) Elderly patients with depressive disorder and physical illness showed 50 % hopelessness at the moderate level ( $x=16.06$  ,  $SD= 5.07$ )

2) Depression severity and negative attributional were significantly positive correlation with hopelessness ( $r=.388$ ,  $p=.000$  และ  $r=.276$ ,  $p=.001$ ). Social support, problem solving skill, self-esteem and physical function were significantly negative correlation with hopelessness of elderly patients with depressive disorder and physical illness ( $r =-.578$   $p =.000$ ,  $r =-.517$   $p =.000$ ,  $r =-.437$   $p=.000$ ,  $r=-.216$   $p=.013$ ).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2015

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา ที่กรุณาให้ปรึกษา ให้ความรู้ ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่า ตลอดจนเสียสละเวลา ส่งเสริม ให้กำลังใจ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ และรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตา กรุณาของอาจารย์ อย่างหาที่เปรียบไม่ได้ ขอกราบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูงไว้ในโอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกตุพิชญวัฒนา ประธานกรรมการสอบ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็น ประโยชน์และมีคุณค่า สนับสนุน เสียสละเวลา และให้กำลังใจ และขอกราบพระคุณคณาจารย์คณะ พยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ที่มีคุณค่า ส่งเสริม ชี้แนะรวมถึงเป็นกำลังใจให้ เสมอมา และขอกราบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่เมตตา ช่วยเหลือ เอื้อเพื่อ สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานวิจัย

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือให้ คำปรึกษา และข้อเสนอแนะที่ดีเสมอมา ขอขอบพระคุณ เจ้าของเครื่องมือทุกท่านที่กรุณาให้ได้นำ เครื่องมือทุกฉบับมาใช้ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลจนสำเร็จลุล่วง ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการจริยธรรมทุกโรงพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพิจารณาให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไข จนสามารถดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ ในโอกาสนี้ ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้รับผิดชอบประสานงานผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหันคา โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร โรงพยาบาลอุทัยธานี ที่ กรุณาให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก จนเก็บข้อมูลแล้วเสร็จ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ที่เป็นกำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ ดูแล ห่วงใย ในการศึกษาวิจัยรวมถึงให้โอกาสและสนับสนุน ทุนการศึกษาเสมอมา

สุดท้ายนี้กราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ที่ให้สติปัญญา ให้ความอดทน และเอาใจใส่ในทุก เวลา รวมถึงให้กำลังใจ สนับสนุนในการทำวิจัย และขอบคุณ สามี บุตร น้อง และคนในครอบครัวทุก คนที่เป็นกำลังใจที่ดีเสมอ ช่วยเหลือ ดูแล มอบความรักและความห่วงใยให้เป็นอย่างดีที่สุด

คุณค่าและประโยชน์จากงานวิจัยนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และครอบครัว ผู้มอบ ความรู้ ความรัก และมอบแด่ผู้ป่วยทุกท่าน ขอให้สมบุญณ์ แข็งแรงทั้งสุขภาพกายและจิตใจตลอดไป

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	12
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า .....	13
2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย .....	16
3. แนวคิดความสิ้นหวัง (Hopelessness) .....	27
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศราร่วมกับการเจ็บป่วย ด้วยโรคทางกาย.....	33
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	48
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	50

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	61
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	70
สรุปผลการวิจัย.....	72
อภิปรายผลการวิจัย.....	73
ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย.....	79
รายการอ้างอิง .....	81
ภาคผนวก.....	89
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิการตรวจสอบเครื่องมือ รายงานผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาและ หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ .....	90
ภาคผนวก ข ข้อมูลกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและเอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมวิจัย .....	98
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	103
ภาคผนวก ง เอกสารขอตกลงใช้เครื่องมือ เก็บรวบรวมข้อมูล และเอกสารพิจารณาจริยธรรม.....	115
ภาคผนวก จ เอกสารรับรองจริยธรรม .....	124
ภาคผนวก ฉ เอกสารอนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย.....	129
ภาคผนวก ช ตารางแสดงสถิติวิเคราะห์.....	139
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	144



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุร่วมกับโรค ทางกายที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกตามโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2556-2557 .....	51
ตารางที่ 2 แสดงความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
ตารางที่ 3 การปรับภาษาของข้อคำถามแบบประเมินมุมมองเชิงเหตุผล .....	58
ตารางที่ 4 แสดงความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	59
ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล.....	63
ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ระยะเวลาการ เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โรคประจำตัวทางกาย.....	64
ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคทางกาย .....	65
ตารางที่ 8 คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของมุมมองเชิง เหตุผลด้านลบ ความสามารถในการทำหน้าที่ และความสามารถในการแก้ปัญหา ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย.....	66
ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย จำแนกตาม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรง ของภาวะซึมเศร้า และความสิ้นหวัง .....	67
ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามผลกระทบต่อชีวิตในด้านมุมมองเชิง เหตุผล .....	67
ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง.....	67
ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม.....	68
ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า .....	68
ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความสิ้นหวัง.....	69
ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วย สูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย.....	69

## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า (Abramson, Metalsky and Alloy, 1989) .....	28
---	----



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า เป็นความผิดปกติของการรู้คิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม พบได้บ่อยเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความสูญเสียหรือเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง (Beck & Alford, 2009) มักแสดงออกให้เห็นโดยการร้องไห้ ซึมเศร้า คิดวนเวียน ขาดสมาธิและสนใจในสิ่งรอบข้างลดลง อาการดังกล่าวหากเป็นอย่างต่อเนื่องเรื้อรัง อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย เป็นต้นว่า นอนไม่หลับ คิดฟุ้งซ่านตลอดเวลา สมรรถภาพการทำงานถดถอย ความสนใจทางเพศน้อยลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูก ปวดศีรษะ หากยิ่งปล่อยให้ตกอยู่ในสภาพดังกล่าวต่อไป อาจทำให้เกิดความคิดในแง่ลบ รวมทั้งมองโลกในแง่ร้ายและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Westbrook, Kennerly & Krik, 2007) รายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการสูญเสียความสามารถของประชากรโลก 1 ใน 10 อันดับแรกคิดเป็นร้อยละ 10.7 ของประชากรโลกและทำให้บุคคลสูญเสียสุขภาวะสูงเป็นอันดับ 3 จากโรคทั้งหมดและคาดการณ์ความรุนแรงของการสูญเสีย สุขภาวะ ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคม จะเพิ่มสูงขึ้นเป็นอันดับ 2 ในปี 2020 ในทุกประเทศทั่วโลก (Murray & Lopez, 1996) นอกจากนี้แล้วยังพบว่าโรคซึมเศร่ายังเป็นโรคที่เป็นภาระต่อตัวผู้บำบัดเองและผู้ดูแล พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เป็นภาระ (burden of disease) อยู่ในลำดับที่ 4 และมีการคาดการณ์ว่าจะเลื่อนขึ้นมามีอยู่ในลำดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ในปี ค.ศ. 2020 (Ustun, et al., 2004) และคาดการณ์ในปี 2030 จะกลายเป็นภาระโรค อันดับ 1 (WHO, 2009)

จากรายงานของกรมสุขภาพจิต พบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย เริ่มพบมากในกลุ่มอายุ 35 ปี ขึ้นไป โดยกลุ่มอายุที่มีความชุกโรคซึมเศร่าสูงสุดคือ 80 ปีขึ้นไปรองลงมาคือช่วงอายุ 50-59 ปีและช่วงอายุ 70-79 ปีคิดเป็นร้อยละ 5.0 ,ร้อยละ 4.2 ,ร้อยละ 3.9 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2554) จะเห็นได้ว่ามีความชุกสูงในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยสูงอายุ และยิ่งก่อความสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับ 4 ในผู้หญิง และเป็นอันดับ 10 ในผู้ชาย (กรมสุขภาพจิต, 2555) เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมักจะพบปัญหาทั้งด้านจิตใจและร่างกาย ซึ่งปัญหาทางด้านจิตใจที่สำคัญเป็นลำดับที่สอง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าและมีปัญหาความเสื่อมทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุ เป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเศร้า มีความรู้สึกด้านลบต่อสิ่งต่างๆ รู้สึกไร้ค่า และเบื่อหน่าย หากเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานจะทำให้กลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ (ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555) การศึกษาของ อรษา ไยยอง, พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2554) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุไทยมีโรคซึมเศร้า

ร้อยละ 13.2 และผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีความสนใจต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ทำให้ขาดการดูแลตนเอง ยิ่งเมื่อเกิดความเสื่อมของร่างกายในวัยสูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยทางกายหรือโรคเรื้อรังขึ้น จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุไทยมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 59.4 (สมศักดิ์ ชุณห์ศรี, 2552) และจากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทยพบว่ามีโรคประจำตัวทางกายเรื้อรัง ได้แก่ โรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 74.6 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 10.8 โรคหัวใจ ร้อยละ 7.1 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 2.2 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) สอดคล้องกับโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการสูญเสียสุขภาพ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2557) จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยนั้นมีทั้งปัญหาทางด้านจิตใจและด้านร่างกาย ส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยอาการเจ็บป่วยทางกายหรือโรคเรื้อรัง โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 10 ไม่ทราบว่าตนเองป่วยด้วยโรคซึมเศร้าแต่มีการเจ็บป่วยทางกายหรือโรคเรื้อรังที่รุนแรงขึ้น (กัมปนาท ต้นสิณบุตรกุล, 2551)

ในต่างประเทศการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคซึมเศร้า พบว่ามีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 57.9 โรคข้อและกระดูก ร้อยละ 55.6 โรคในทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 38.7 โรคหัวใจ ร้อยละ 27.6 โรคปอดเรื้อรัง ร้อยละ 23.3 โรคเบาหวาน ร้อยละ 23.2 โรคในระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 20.9 และในโรคมะเร็ง ร้อยละ 10.9 โรคในระบบประสาท ร้อยละ 8.4 การสูญเสียการได้ยิน ร้อยละ 55.2 และอาการปวดเรื้อรัง ร้อยละ 56.8 (Noel at all.,2004) สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในประเทศไทยของ อรษา ไยยอง, พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย (2554) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 75.8 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกทั้งในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2554 พบว่าคะแนนเฉลี่ยผู้สูงอายุ 1 ใน 3 เป็นผู้มี ความเปราะบางทางจิตใจ สาเหตุเกี่ยวเนื่องมาจากปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความมีคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งในเขตบริการสุขภาพที่ 3 พบสถิติของผู้มารับบริการผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ระหว่างปี 2556-2558 และพบว่าจากสถิติผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคเรื้อรังมีอยู่ประมาณ ร้อยละ 13 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด แต่ในจำนวนนี้พบว่ามาเข้าบริการ ร้อยละ 5.94 จำแนกตามจังหวัด ได้แก่ นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร ชัยนาท อุทัยธานี ร้อยละ 11.73 , 0.86 , 8.37, 4.26, 2.48 ตามลำดับ (ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า, 2558)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีการเจ็บป่วยทางกาย มักมีความคิดเกี่ยวกับความเสื่อม ความตาย การเจ็บป่วยทางกาย โดยมองว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์ที่คุกคามชีวิต เป็นภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ร้ายในชีวิต (Stressful life event) ที่ไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขปัญหานั้นได้นำไปสู่การคาดหวังในทางลบ ไม่มีทางออกจนสิ้นหวัง (Dunn, 2005) และเกิดความคิดบิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตโดยแสดงออกใน

รูปแบบของความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม (Beck & Alford, 2009) ภาวะคุกคามนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า และเมื่อไม่ได้รับการดูแล ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุได้ ในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า จะมีความคิดเป็นลบต่อตนเอง มีความท้อแท้ และความมีคุณค่าในตนเองลดลง รวมถึงมีอาการแสดงทางกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น รบกวนความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเอง และยิ่งมีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายร่วมด้วย จะส่งผลให้ โรคซึมเศร้ามีความรุนแรงขึ้น มีความจำลดลง ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมและไม่ตอบสนองต่อการรักษา ยังทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ขณะเดียวกัน โรคซึมเศราก็ทำให้โรคทางกายมีความรุนแรงขึ้นและสามารถกำเริบได้ง่ายขึ้น หรืออาจเกิดปัญหาทางจิต เช่น ความคิดหลงผิด สนใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้านร่างกายมากเกินไป (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2556) โรคซึมเศราร่วมกับโรคทางกายทำให้ผู้สูงอายุมีแนวคิด ทศนคติ ด้านลบ มองเรื่องราวที่เผชิญว่าเป็นเรื่องลบและรุนแรงเสมอ มักคิดล่วงหน้าไปถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปในทางลบ และท้ายที่สุดมองว่าตนเองนั้นไม่ดี ไม่สามารถทำได้ รู้สึกไม่มีค่าจนนำไปสู่ความสิ้นหวัง (Abramson, Metalsky and Alloy, 1989)

การศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศรามีความสิ้นหวัง ร้อยละ 10.68 (Joiner, 2007) และการศึกษาในประเทศไทย ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า มีความสิ้นหวังระดับมากถึง ร้อยละ 32.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 48.7 และระดับเล็กน้อย ร้อยละ 19.2 และยังพบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทางกาย ถึงร้อยละ 77.6 (นิชา สมานทรัพย์, 2554) ซึ่งแสดงว่าจำนวนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีโรคร่วมทางกายมีจำนวนมากตามไปด้วย อย่างไรก็ตามการศึกษาความสิ้นหวังในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศราร่วมกับโรคทางกายนั้นยังมีจำนวนน้อยและขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน

จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่ามีการศึกษาที่สอดคล้อง และมีความใกล้เคียงในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศราร่วมกับโรคทางกาย ซึ่งเป็นการศึกษาในต่างประเทศที่ส่วนใหญ่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศราร่วมกับโรคทางกายเรื้อรัง พบว่า การศึกษาความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศราร่วมกับโรคเบาหวาน มีความสิ้นหวัง ร้อยละ 11.2 (Pederson, 2009) และผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศราร่วมกับโรคหลอดเลือด มีความสิ้นหวัง ร้อยละ 14.0 (Pederson, 2007) ทั้งนี้ยังมีการศึกษาความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ที่มีภาวะซึมเศราร่วมด้วย ร้อยละ 32.9 มีความสิ้นหวัง ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.4 และระดับมาก ร้อยละ 17.1 และ การศึกษาความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีภาวะซึมเศราร่วมด้วย ร้อยละ 10.8 พบว่ามีความสิ้นหวังในระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 13.7 (Anda, 1993) จะเห็นได้ว่าการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศราร่วมกับโรคทางกายนั้น มีอยู่น้อย ซึ่งอาจเกิดจากการยังไม่ได้มีการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่ชัดเจน แต่ในทางเดียวกันผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศราร่วมกับโรคทางกาย ก็มี

ความสิ้นหวังระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งแสดงว่าในกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่มีโอกาสสูงที่จะพัฒนาเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจะพบโรคทางกายในหลายกลุ่มโรค โรคทางกายที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด และต้องดูแลตนเองยาวนาน เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าทุกข์ต่อการเจ็บป่วยของตนเอง และจากการศึกษาดังกล่าวผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายมีความสิ้นหวังที่แตกต่างกัน

ความสิ้นหวัง (Hopelessness) เป็นอาการที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่มีข้อจำกัด ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจมีมุมมองต่อเหตุการณ์เครียดในชีวิตที่เผชิญว่าเป็นเรื่องลบเสมอ มักคิดล่วงหน้าไปถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปในทางลบ และทำที่สุดมองว่าตนเองนั้นไม่ดี ไม่สามารถทำได้ รู้สึกไม่มีค่า จนนำไปสู่ความสิ้นหวัง (Abramson, Metalsky and Alloy, 1989) และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยทางกาย ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกด้านลบต่อความคาดหวังในอนาคต และเกิดความคิดด้านลบต่อการเปลี่ยนแปลงในความเจ็บป่วยทางกาย ทำให้เกิดความสิ้นหวังได้ในที่สุด (Dunn, 2005) ลักษณะของความสิ้นหวังมักจะปรากฏขึ้นด้วยการเริ่มตำหนิตนเอง ครุ่นคิด ความภาคภูมิใจในตนเองหมดไป อยู่ในภาวะที่อยากพึ่งพาและความรู้สึกนึกคิดนี้ เกิดขึ้นได้กลับไปกลับมา (Iacoviello, 2003) รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นในอนาคตในทางที่ไม่ดี ก็จะมีมองว่าตนเอง ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ต่างๆที่จะเผชิญให้ดีขึ้นได้ และอาจมองว่าเหตุการณ์ไม่ดีเหล่านั้นคุกคามต่อชีวิต (Ferran et al., 1995)

ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายมีความสิ้นหวังตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงระดับมาก ซึ่งความสิ้นหวังนี้ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นมีอาการท้อแท้ หดหู่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และความสนใจในสิ่งแวดล้อมลดลง และมีผลต่อการกำเริบของโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางกายที่รุนแรงขึ้นเกิดภาวะทุพพลภาพและทำให้ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายยาวนานขึ้น (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2556) จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องของหน้าที่ในด้านต่างๆ ยังเป็นภาระในการรับผิดชอบดูแลรักษาโรคส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน บทบาทหน้าที่ในสังคม ค่าใช้จ่าย จนเกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด (Uncapher et al., 1998) และภาระในการดูแลรักษาโรครยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว รวมถึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ใช้ทรัพยากรสาธารณสุขในการรักษาจำนวนมาก และโรครมีกำเริบและกลับเป็นซ้ำได้บ่อยขึ้น เกิดความสูญเสียอย่างมากต่อสังคมและเศรษฐกิจ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย นั้น จากทฤษฎี Hopelessness Theory of Depression พบว่าเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ด้านลบในชีวิต บุคคลเหล่านี้จะมีการรับรู้เหตุการณ์นั้นในทางลบ และจะคาดการณ์ผลกระทบที่จะ

เกิดขึ้นในทางที่แย่ง รวมถึงจะมองตนเองไม่มีความสามารถในการเผชิญปัญหา เกิดความรู้สึกไร้ค่า และเกิดข้อจำกัดในการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ให้ดีขึ้น รวมถึงการขาดการช่วยเหลือที่จะทำให้มีความหวัง จนนำไปสู่ความสิ้นหวัง ซึ่งปัจจัยมีทั้งทางตรงและทางอ้อม (Abramson, Metalsky and Alloy, 1989) ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าว มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสิ้นหวังที่เลือกมาศึกษา ได้แก่ ตัวแปรมุมมองเชิงเหตุผล ที่นำไปสู่ผลลัพธ์ของเหตุการณ์เชิงลบ ตัวแปรคุณค่าในตนเอง ที่จะสามารถเรียนรู้ และผลักดันให้ตนเองเรียนรู้การสร้าง的希望 และตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ที่จะช่วยให้มองเห็นแนวทางในการได้รับการช่วยเหลือ และสร้าง的希望 และนอกจากนี้ยังได้มีการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่า ประสิทธิภาพความเครียดในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ (นิชา สมานทรัพย์, 2554) และสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ทักษะคิด ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Cannon, 1999) และยังมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ พบว่า มุมมองเชิงเหตุผล ความสามารถของร่างกาย คุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า ความคาดหวัง มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า (DeVellis, 1992) และในการศึกษาความสิ้นหวังในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง ได้แก่ ความสามารถของร่างกาย ภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย (Aloba, 2015)

จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวรรวมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายมีหลายประการ ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวรรวมกับโรคทางกาย ได้แก่ มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความสามารถในการทำหน้าที่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของปัญหาที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า มีโรคทางกายรวมถึงร้อยละ 80 และพบว่าตามสถิติผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายมารับบริการ ร้อยละ 5.94 (เขตสุขภาพที่ 3 ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า, 2558) ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุไทยที่ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย มีภาวะซึมเศร้า ถึงร้อยละ 66.4 (พัชรภรณ์ ไชยสังข์และคณะ, 2556) ทำให้คาดการณ์ได้ว่าในกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มป่วยโรคซึมเศร้า และมีโรคประจำตัวทางกายมากขึ้น รวมถึงมีโอกาสในการเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลฝ่ายกายมากขึ้นตามไปด้วยส่งผลต่อการดำเนินโรคทั้งโรคซึมเศร้าที่รุนแรง และโรคทางกายที่เรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสิ้นหวังที่รุนแรงขึ้นและมีโอกาสให้คิดฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

ในภาวะที่รู้สึกสิ้นหวัง ย่อมก่อให้เกิดความท้อถอยต่อการแก้ปัญหา ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมได้และอับจนหนทางในการเผชิญสถานการณ์ หากมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

ความสับสนก็จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสับสนและให้การพยาบาลเพื่อป้องกันความสับสนภายใต้ปัจจัยที่คำนึงถึง ซึ่งในปัจจุบัน การศึกษาพยาบาล หรือการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุที่มีโรคทางกาย ก็ยังไม่ครอบคลุมถึงการลดความสับสน หรือป้องกันการเกิดความสับสนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดความสับสนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ต้องคำนึงถึงโรคทางกายด้วยเพราะโรคซึมเศร้าที่มีโรคทางกายมีแนวโน้มทำให้ความสับสนรุนแรงขึ้น (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2556) และการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงในการป้องกันดูแล และลดความสับสนในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศราร่วมกับโรคร่วมทางกายยังไม่เป็นที่ประจักษ์นัก ถึงแม้ว่าจะมีการพยาบาลโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ถูกนำมาใช้ในการลดภาวะซึมและปรับความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงการป้องกันและแก้ไขความสับสน

ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความสับสนในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีโรคทางกายร่วมด้วย และยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์น้อย แต่มีการศึกษาที่สอดคล้อง และผู้วิจัยเห็นว่าจากแนวคิดยังมีปัจจัยทั้งทางตรง ทางอ้อม ที่ยังไม่ได้มีการศึกษาชัดเจนและมีแนวโน้มจะส่งผลต่อความสับสนของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศราร่วมกับโรคทางกาย ซึ่งมีความซับซ้อนของโรค ทั้งโรคซึมเศร้าและโรคทางกายเรื้อรังอีกด้วย และโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลต่อความสามารถด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสังคมที่แตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมก็ยังพบปัจจัยอื่นๆที่สัมพันธ์กับความสับสนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง ทั้งนี้ยังไม่ได้ทำการศึกษาในประเทศไทย ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสับสนในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศราร่วมกับโรคทางกาย เนื่องจาก ความสับสนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีโรคทางกายร่วมด้วย จะมีความรุนแรงมากขึ้นและมีผลต่อรูปแบบความคิดเชิงลบของผู้ป่วยที่จะนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย หากทราบปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ก็สามารถจัดการหรือป้องกันการเกิด ความสับสนได้และมีแนวโน้มที่จะช่วยจัดการปัจจัยที่จะเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้

### คำถามการวิจัย

1. ความสับสนของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศราร่วมกับโรคทางกายเป็นอย่างไร
2. ปัจจัย ได้แก่ มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความสับสนของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศราร่วมกับโรคทางกายอย่างไร



## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำทฤษฎีความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า (Hopelessness Theory of Depression) ของ Abramson, Metalsky and Alloy (1989) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิด โดยกล่าวถึงความสิ้นหวัง คืออาการที่เกิดจากกระบวนการคิดในเชิงลบทั้งหมด มีมุมมองเป็นเรื่องลบเสมอ มักคิดล่วงหน้าไปถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปในทางลบ และท้ายที่สุดจะมองว่าตนเองนั้นไม่ดี ซึ่งเกิดจากปัจจัยตรง และปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยอ้อม ซึ่งปัจจัยตรง คือ ลักษณะความแตกต่างส่วนบุคคลที่มีผลต่อความคิดเชิงลบ ได้แก่ ความเชื่อ ทักษะการรับรู้ตนเอง บุคลิกส่วนตัว ส่วนปัจจัยสนับสนุน คือ สภาพแวดล้อม เหตุการณ์เชิงลบ ที่มีผลกระทบต่อการตอบสนองเหตุการณ์ไปในทางไม่ดี ได้แก่ ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ทำให้ไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงนั้นได้จนนำไปสู่ความสิ้นหวัง (Abramson, Metalsky and Alloy, 1989) แต่ในการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย ยังไม่ปรากฏชัดเจนจึงได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มซึ่งพบว่า มีการศึกษาของ Dunn (2005) ที่สนับสนุนทฤษฎี Hopelessness Theory of Depression ที่มองว่าผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางกาย จะมีความคิดด้านลบต่อการเจ็บป่วยนั้นจนนำไปสู่ความสิ้นหวัง และการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความสามารถในการแก้ปัญหา และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง (Cannon, 1999) ในการศึกษาความสิ้นหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับโรคข้ออักเสบ พบว่า มุมมองเชิงเหตุผลของการเจ็บป่วย ความสามารถของร่างกาย คุณค่า ในตนเอง ภาวะซึมเศร้า ความคาดหวังในความสิ้นหวังมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง (Devellis, 1992) และการศึกษาความสิ้นหวังในผู้ป่วยจิตเวชพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง ได้แก่ ความสามารถของร่างกาย ภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย (Aloba, 2015)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเพื่อนำมาศึกษาความสัมพันธ์ ซึ่งตัวแปรที่มาจากแนวคิดความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า ได้แก่ มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุน

ทางสังคม และตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ดังนี้

**มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ** เป็นการรับรู้ของบุคคลในด้านลบ ที่สะท้อนถึงทัศนคติ มุมมอง ที่เป็นไปในทางลบต่อเหตุการณ์เครียดในชีวิตที่ก็จะมองผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นลบเสมอ (Joiner, 2001) นำไปสู่รูปแบบความคิดและการรับรู้ที่ผิดปกติซึ่งเป็นไปในทางลบ ในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย เป็นอาการนำสู่ความสิ้นหวัง จนเกิดความคิดฆ่าตัวตาย (Cannon, 1999) ซึ่งพบว่า มุมมองเชิงเหตุผลมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง (Joiner, 2001; Devellis, 1992)

**ความสามารถในการทำหน้าที่** เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การช่วยเหลือตนเองในบ้าน การเคลื่อนไหว ความสามารถในการเดินทาง ที่มีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต (Jette, Haley and Kooyoomjin, 2002) ซึ่งในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย จะมีความความสามารถที่แตกต่างกัน หากความสามารถในการทำหน้าที่ไม่ดี จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตที่ไม่สมดุล เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อสมรรถนะร่างกายของตนเอง และกลัวการเผชิญความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความรู้สึก ไร้ประโยชน์ คุณค่าน้อยลง และซึมเศร้าสู่ความสิ้นหวัง (Dunn, 2005) ซึ่งพบว่าความสามารถในการทำหน้าที่มีความสัมพันธ์ กับความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้าที่มีความเจ็บป่วยทางกาย (Devellis, 1992)

**ความสามารถในการแก้ปัญหา** เป็นความสามารถทางความคิด และการปรับตัวของบุคคล เมื่อเผชิญปัญหา หรือสถานการณ์ที่ไม่ได้วางแผนไว้ ซึ่งแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน (D'Zurilla, 2007) ขึ้นอยู่กับลักษณะบุคคล บุคลิกภาพ การเลี้ยงดู และประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาต่างๆ รวมทั้ง ความอดทน เปราะบาง ต่อปัญหานั้นๆ ในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย ที่มีความสามารถในการแก้ปัญหาที่ไม่ดี จะสอดคล้องกับการปรับตัวที่ไม่ดีและเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตาย (Cannon, 1999) ซึ่งพบว่า ความสามารถในการแก้ปัญหาที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวัง (Cannon, 1999)

**ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง** เป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเอง เปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา และวุฒิภาวะ ในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย หรือโรคเรื้อรังนั้น พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่คงที่ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย และการเปลี่ยนแปลง (Dunn, 2005) รู้สึกตนเองล้มเหลวไม่ประสบผลสำเร็จไม่มีความสามารถ จนเกิดเป็นความท้อแท้และสิ้นหวังซึ่งพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (นิษา สมานทรัพย์, 2554)

**การสนับสนุนทางสังคม** ความช่วยเหลือทางด้านสังคม กัลยาณมิตรและความสัมพันธ์ในครอบครัว ทำให้มีความมั่นคงในอารมณ์ เผชิญกับความซึมเศร้าและความสิ้นหวังได้ การสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะช่วยให้บุคคลเกิดแรงกระตุ้น และรับรู้ว่าตนเองมีที่พึ่งในด้านต่างๆเกิดความมั่นใจในการ

แก้ไข้ปัญหา ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวัง ( นิชาสมานทรัพย์, 2554)

**ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า** เป็นระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าวรร่วมกับโรคทางกาย ที่มองตนเองในแง่ร้าย ไร้ค่า มีความคิดเกี่ยวกับความตาย และไม่สามารถอยู่ในสถานการณ์เลวร้ายได้ เมื่อเกิดร่วมกับความเจ็บป่วยทางกายอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นและนำไปสู่ความสิ้นหวังได้มากซึ่งพบว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวัง (Cannon, 1999 )

### สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวรร่วมกับโรคทางกาย
2. มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวรร่วมกับโรคทางกาย

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlational Research) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวรร่วมกับโรคทางกาย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าวกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวรร่วมกับโรคทางกาย

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD -10 หรือ DSM IV ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวาน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกหรือคลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 3 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD -10 หรือ DSM IV ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวาน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์และผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และโรงพยาบาลอุทัยธานี

การศึกษานี้มีการคัดเลือกตัวแปรจากแนวคิดทฤษฎีความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า ของ Abramson, Metalsky and Alloy (1988) และจากการทบทวนวรรณกรรม ตัวแปรที่จะทำการศึกษาคั้งนี้

ตัวแปรต้น ได้แก่ มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ตัวแปรตาม ได้แก่ ความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ความสิ้นหวัง (Hopelessness)** หมายถึง ภาวะหรือลักษณะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย ที่เผชิญเหตุการณ์เครียดในชีวิต และคิดล่วงหน้าถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นไปในทางลบ มองตนเองในแง่ลบและมีข้อจำกัดเสมอ รู้สึกท้อแท้ ไร้ประโยชน์และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงข้อจำกัดนั้นได้ แสดงพฤติกรรมมออกทั้งด้านร่างกายและจิตใจ วัดโดยแบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ ของ Fry (1984) แปลฉบับภาษาไทยโดย นิษา สมานทรัพย์ (2554) จำนวน 30 ข้อ

**มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ( Negative Attributional )** หมายถึง การรับรู้ต่อเหตุการณ์เครียดในชีวิตด้านลบของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายที่สะท้อนมุมมอง ทศนคติโดยผ่านประสบการณ์ ลักษณะนิสัย ความชอบ และความจำเป็น ที่นำไปสู่รูปแบบความคิดและการรับรู้ที่ผิดปกติซึ่งเป็นไปในทางลบวัดโดยแบบประเมินมุมมองเชิงเหตุผล (New Attributional Style Questionnaire) ของ Dykema (1996) จำนวน 12 ข้อ

**ความสามารถในการทำหน้าที่(Physical Function)** หมายถึงระดับพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายในการทำกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือตนเองในบ้าน การเคลื่อนไหว ความสามารถในการเดินทาง ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่น และมั่นใจต่อการดำเนินชีวิตด้วยตนเองที่มีความเหมาะสมกับช่วงวัย วัดโดยแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ (Late-life Function Instrument ) ของ Jette, Haley and Kooyoomjin (2002) แปลภาษาไทยโดย อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) จำนวน 32 ข้อ

**ความสามารถในการแก้ปัญหา (Problem Solving skill)** หมายถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย ที่แสดงถึงการคิดและตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ยอมรับปัญหาตามความจริงและปรับตัวภายใต้ข้อจำกัดเมื่อเผชิญปัญหา หรือสถานการณ์ที่ไม่ได้วางแผนไว้ด้วย

วิธีการที่เหมาะสม วัดโดยแบบประเมินการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI ) ตามแนวคิด D'Zurilla พัฒนาโดย สุวดี ศรีวิเศษ (2556) จำนวน 23 ข้อ

**ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง(Self Esteem)** หมายถึงความรู้สึกภายในที่มีต่อตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายที่แสดงถึงการเห็นคุณค่า การยอมรับนับถือตนเอง ความเชื่อมั่นและความสำคัญในตนเอง รวมทั้งการได้รับการยอมรับจากผู้อื่นซึ่งเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลาและวุฒิภาวะ วัดโดยแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem scale) ตามแนวคิดของ Rosenberg แปลโดย เขียวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2539) จำนวน 10 ข้อ

**การสนับสนุนทางสังคม (Social support)** หมายถึงการที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคล ครอบครัว หรือองค์กรทางสังคมเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการส่งเสริม ช่วยเหลือและแนะนำให้มี ความผูกพันใกล้ชิด พัฒนาตนเอง จนเป็นที่ยอมรับทางสังคม วัดโดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แปลโดย ชมนาด วรณพรศิริ (2535) ซึ่งแปลจากแบบสอบถาม The personal resource questionnaire PRQ85 II ของ Brand & weinert (1981) จำนวน 25 ข้อ

**ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า(Depression severity)** หมายถึงระดับอาการทางด้านลบของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายที่จะมองตนเองในแง่ร้าย ไร้ค่า ไม่สามารถอยู่ในสถานการณ์เลวร้ายได้ แสดงอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ เกิดขึ้นกลับไปกลับมาได้ มีระดับแตกต่างกัน จำแนกเป็นระดับ น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด วัดโดยแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Depression Severity) ของ Hamilton (1960) แปลภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) จำนวน 17 ข้อ

**ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย** หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัยของ ICD-10หรือ DSM-IV ด้วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายร่วมด้วย ได้แก่ โรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวาน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง) และเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 3 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพิ่มองค์ความรู้เรื่องความสิ้นหวังและเป็นแนวทางในการพยาบาลหรือแก้ไขปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย
2. เป็นประโยชน์และแนวทางสำหรับการศึกษา และพัฒนางานวิจัยสำหรับผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายหรือโรคเรื้อรัง ที่มีความสำคัญต่อการดูแลรักษาทางการพยาบาล

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จาก ตำรา เอกสาร บทความ และรายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ ดุษฎีนิพนธ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
  - 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
  - 1.2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
  - 1.3 การดำเนินโรค
2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย
  - 2.1 ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย
  - 2.2 การจำแนกประเภทของโรคทางกาย
  - 2.3 ปัจจัยเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
  - 2.3 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
  - 2.4 การบำบัดรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
  - 2.5 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
- 3.แนวคิดความสิ้นหวัง
  - 3.1 ความหมายความสิ้นหวัง
  - 3.2 ทฤษฎีความสิ้นหวัง
  - 3.3 ความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย
  - 3.4 การประเมินความสิ้นหวัง
- 4.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย
- 5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าพบได้บ่อยเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความสูญเสีย หรือเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง มักแสดงออกให้เห็นโดยการร้องไห้ ซึมเศร้า คิดวนเวียน ขาดสมาธิและสนใจในสิ่งรอบข้างลดลง อาการดังกล่าวหากเป็นอย่างต่อเนื่องเรื้อรัง อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย เป็นต้นว่า นอนไม่หลับ คิดฟุ้งซ่านตลอดเวลา สมรรถภาพทางการทำงานถดถอย ความสนใจทางเพศน้อยลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูก ปวดศีรษะ หากยิ่งปล่อยให้ตกอยู่ในสภาพดังกล่าวต่อไป อาจทำให้เกิดความคิดในแง่ลบ มองโลกในแง่ร้ายบางคนอาจเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ (ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555) อาจมีการแสดงของความรุนแรงในระดับเล็กน้อยจนถึงระดับมาก และหากไม่ได้รับการดูแลรักษา จะส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นซึ่งเมื่อถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและทำให้ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อประเมินความคิดฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมิน 8 คำถาม พบว่าจำนวน 19,117 ราย มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับเล็กน้อย จำนวน 1,556 ราย มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง และมีจำนวน 1,658 ราย มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับรุนแรง (กรมสุขภาพจิต, 2555)

### 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)

กรมสุขภาพจิต (2554) ให้ความหมายโรคซึมเศร้าคือ ภาวะที่จิตใจหม่นหมองหดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ต่ำหีนตนเอง เมื่อมีอาการเหล่านี้ เกิดขึ้นจะเป็นอยู่นานโดยไม่มีท่าทีว่าจะดีขึ้น จนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความคิด จิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างชัดเจน

สมภพ เรื่องตระกูล (2548) อธิบายความหมายว่าเป็นโรคที่มีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการอย่างอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อหน่าย และหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดอยากตาย

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และเรณูการ์ ทองคำรอด (2545) ให้ความหมายว่าเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ เป็นอาการเด่นโดยแสดงอาการเศร้า หดหู่ใจ สะเทือนใจ ร้องไห้ โดยไม่มีเหตุผล เบื่อหน่ายสังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัว ท้อแท้ มีพฤติกรรมอยากเก็บตัวคนเดียวหงุดหงิด มีอารมณ์รุนแรงได้ง่ายเมื่อสิ่งรบกวน สมาธิเสื่อม หลงลืมง่าย ความคิดช้า ลังเล มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหีนตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความทุกข์มาก ไม่มีใครช่วยได้และอยากตาย

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2556) อธิบายว่าโรคซึมเศร้า (Depressive Disorders) หมายถึง กลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ อาการที่สำคัญได้แก่ ภาวะอารมณ์ซึมเศร้า (Depression) ซึ่งจะแสดงอาการ อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจและหมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลิน ร่วมกับ

มีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหว เชื่องช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตายได้

โดยสรุปโรคซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของอารมณ์ ทำให้จิตใจเศร้าหมอง หดหู่ รู้สึกท้อแท้หมดหวัง ไร้ค่า โดยไม่มีเหตุผล หมดความสุขในสิ่งคุ้นเคยและมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายโดยแสดงอาการ หมดความสนใจในสิ่งแวดล้อม ซึมลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ความคิดช้าลง มองโลกในแง่ลบ และมีอาการต่อเนื่อง ส่งผลให้มีความคิดอยากตาย

## 1.2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

คำว่าโรคซึมเศร้าในประเทศไทยมักจะหมายถึง Depressive disorders ซึ่งจะต้องใช้เกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัย ซึ่งปัจจุบันใช้อยู่ 2 เกณฑ์ คือ ICD (International classification of Diseases and health-related problems) ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders) ซึ่งพัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน โดยโรคซึมเศร้าที่จิตแพทย์และแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยจะให้การวินิจฉัยผู้ป่วยจะมีลักษณะอาการดังต่อไปนี้ (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก

- G1 A. มีกลุ่มอาการซึมเศร้าเป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวัน อย่างต่อเนื่องเป็นสัปดาห์
- B. อาการหลักที่ต้องมีอย่างน้อย 2 ข้อ คือ
1. อารมณ์เศร้าเป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทั้งวัน
  2. ความสนใจสิ่งต่างๆ ตกลงมากหรือไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไร ไม่รู้สึกสนุกสนาน ในสิ่งที่เคยเพลิดเพลิน เป็นเกือบทั้งวัน
  3. อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ไม่มีเรี่ยวแรงเป็นเกือบทุกวัน
- C. อาการรองที่ต้องมีอย่างน้อย 4 ข้อ คือ
1. ขาดความเชื่อมั่น ความภาคภูมิใจในตนเองหายไป
  2. ชอบตำหนิตนเอง หรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ
  3. คิดอยากตายซ้ำๆ หรือพยายามฆ่าตัวตาย
  4. สมาธิไม่ดี คิดไม่ออก หรือตัดสินใจลำบาก เป็นเกือบทุกวัน
  5. การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้าหรือกระวนกระวายอยู่ไม่สุข
  6. นอนไม่หลับ หรือนอนมาก
  7. น้ำหนักลดลงอย่างมากโดยที่ไม่ได้ตั้งใจอดอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่มอย่างมากเพราะกินจุ

โรคซึมเศร้าเล็กน้อย (mild) มีอาการหลัก 2 ข้อ และมีอาการรอง 4 ข้อ

โรคซึมเศร้าปานกลาง (moderate) มีอาการหลัก 2 ข้อ และมีอาการรอง 6 ข้อ



โรคซึมเศร้ารุนแรง (severe) มีอาการหลักและอาการรองทุกข้อ

G2. ไม่เคยมีอาการ hypomania หรือ mania ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา

G3. อาการไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติด หรือโรคทางกาย

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม DSM – IV ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน

พบว่ามีอาการเหล่านี้จำนวน 5 ข้อ หรือ คือมากกว่าและเป็นมานานมากกว่าสองสัปดาห์

- A
- 1.อารมณ์เศร้าเป็นตลอดทั้งวัน หรือเกือบทั้งวัน
  - 2.ความสนใจสิ่งต่างๆลดลงมากหรือไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไรเกือบทั้งวัน
  - 3.ไม่รู้รู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลินในสิ่งที่เคยเพลิดเพลิน เป็นเกือบทั้งวัน
  - 4.น้ำหนักลดลงอย่างมากโดยที่ไม่ได้ตั้งใจลดอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่มอย่างมากเพราะกินจุ
  - 5.นอนไม่หลับ หรือนอนมาก เกือบทุกวัน
  - 6.การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้าหรือกระวนกระวายอยู่ไม่สุข
  - 7.อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีเรี่ยวแรงเป็นเกือบทุกวัน
  - 8.รู้สึกไร้ค่า หรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ เป็นเกือบทุกวัน
  - 9.สมาธิไม่ดี คิดไม่ออก หรือตัดสินใจลำบาก เป็นเกือบทุกวัน
  - 10.คิดอยากตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย
- B. อาการไม่เข้ากับเกณฑ์ mixed episode
- C. มีผลกระทบต่อหน้าที่การงานและสังคมอย่างมีนัยสำคัญ
- D. อาการไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติด หรือโรคทางกาย
- E. อาการไม่ได้เป็นผลจากความโศกเศร้าเพราะสูญเสียคนรัก

ในปัจจุบันมีการพัฒนา การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ระบบ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders) จากระบบ DSM – IV เป็นระบบ DSM-5 ซึ่งพัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และได้มีการแปลเป็นภาษาไทย (มานอนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

### 1.3 การดำเนินโรค

การดำเนินโรคซึมเศร้าสามารถเป็นแล้วก็มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีอาการอยู่ยาวนาน 6-13 เดือน และอาการอาจหายได้เอง แต่เนื่องจากเมื่อเกิดโรคแล้วมีผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน หากได้รับการรักษาจะมีอาการอยู่ประมาณ 3 เดือน และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก ถึงร้อยละ 50 แบ่งการดำเนินโรคได้ 3 ระยะ ดังนี้ (มานอนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.3.1 ระยะเวลาเฉียบพลัน (Acute) เป็นระยะการดำเนินโรคหลังจากโรคเกิดขึ้น ที่มีอาการแสดงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Episode) ในระยะเฉียบพลันนี้ผู้ป่วยที่มีอาการจะยังสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ เมื่อได้รับการรักษาจะมีอาการคงอยู่ประมาณ 3 เดือน ใช้ชีวิตได้ปกติ และได้รับยาต้านซึมเศร้า (Response)

1.3.2 ระยะต่อเนื่อง (Continuation) เข้าสู่ระยะที่ผู้ป่วยหลังได้รับยา แต่ไม่เกิน 2 เดือน ไม่มีอาการแสดงเลย (Remission) ยังคงอยู่ถึง 6 เดือน โดยได้รับยาต่อเนื่อง ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้มากที่สุด (Relapse)

1.3.3 ระยะยาว (Maintenance) ผู้ป่วยไม่มีอาการเลย ดำเนินชีวิตได้ แต่มีอาการเกิดขึ้นใหม่ (Recurrence) พบว่าร้อยละ 20 จะเกิด Recurrence ภายใน 6 เดือน หลังจาก Remission เป็นการเกิด Episode ใหม่ของโรค มีโอกาสเกิดครั้งต่อไปถึงร้อยละ 50 และผู้ป่วยที่มีอาการครั้ง 2 และ 3 มีโอกาสเกิดครั้งต่อไปร้อยละ 70 และ 90 ตามลำดับ

## 2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับโรคทางกาย

### 2.1 ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับโรคทางกาย

ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับโรคทางกายหมายถึง ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของอารมณ์ ทำให้จิตใจเศร้าหมอง หดหู่ รู้สึกท้อแท้หมดหวัง ไร้ค่า โดยไม่มีเหตุผล หมดความสุขในสิ่งคุ้นเคยและมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายโดยแสดงอาการหมดความสนใจในสิ่งแวดล้อม ซึมลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ความคิดช้าลง มองโลกในแง่ลบ และมีอาการต่อเนื่องส่งผลให้มีความคิดอยากตาย ร่วมกับโรคทางกายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

ความชุกของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ในเขตบริการระดับต่างๆ มีความชุกที่แตกต่างกัน โดยศึกษาในต่างประเทศพบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้าในชุมชนสูงอายุ (Community elder) มี 5-15% (Gallo & Lebowitz, 1999) ในเขตบริการระดับปฐมภูมิ (primary care) 10-20% (Djernes, 2006) และในสถานบริการพยาบาลแบบบ้าน (Nursing home) 15-30% (Friedman et al., 2007) อ้างถึงใน สุวรรณภา อรุณพงษ์ไพศาล, 2554) และในการศึกษาโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุในประเทศออสเตรเลีย พบว่าความชุกของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีโรคต่างๆ ต่อประชากรผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุดังนี้ ความชุกของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีโรคชรา 2 % ความชุกของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีโรคเรื้อรัง (Chronic illness) 9% ความชุกของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีโรคมะเร็งต่างๆ 33 % ความชุกของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง 47% ความชุกของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีโรคหัวใจ 45 % และความชุกของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีโรคพาร์กินสัน 39% (Birrer RB, 2004) จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับการเจ็บป่วยด้วย

โรคต่างๆ มีจำนวนมาก แสดงให้เห็นว่า ในกลุ่มนี้ยังมีความต้องการการดูแล ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟู ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้สามารถเผชิญความเจ็บป่วย และปัญหานั้นได้ มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังนั้นพบว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 20-30 หรืออาจสูงถึงร้อยละ 35-46 (Buffum & Buffum, 2005 :Gestenlauer, Maguire, & Wooldridge, 2003) ขึ้นอยู่กับความรุนแรง นั่นคือ ความเสี่ยงในการป่วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของการเจ็บป่วยซึ่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เจ็บป่วยเฉียบพลันด้วยโรคทางกาย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องการการพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือต่างๆ หรือผู้ที่มีความเจ็บปวดและผู้ที่มีการสูญเสีย ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ และจะมีความผิดปกติด้านอารมณ์ (Kurlowicz, 2002) มีความท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไร้ค่า จนนำไปสู่ความสิ้นหวัง (Dunn, 2005)

ในผู้ป่วยทางกายพบปัญหาทางจิตเวชได้สูงถึง ร้อยละ 26 - 46.5 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง พบปัญหาทางจิตเวชสูงถึง ร้อยละ 43.7 พบป่วยได้แก่โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และปัญหาสุรา (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2555) ในผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรังพบอาการซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 20.7 และพบว่ามีโรคซึมเศร้า (Major depression) ได้สูงถึงร้อยละ 7.9 -17.0 ในการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายนั้น ดังที่กล่าวมา ยังไม่เป็นที่ประจักษ์นักจากการทบทวนในการรายงานสถิติของผู้มารับบริการเขตบริการสุขภาพที่ 3 ที่มีการรายงานสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายจังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดชัยนาท จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดอุทัยธานี จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดพิจิตร รวมจำนวน 21,861 คน อัตราป่วยโรคซึมเศร้า เท่ากับ 660.21 ต่อแสนประชากร (รายงานกรมสุขภาพจิต, 2556) และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2554 พบว่าคะแนนเฉลี่ยผู้สูงอายุ 1 ใน 3 เป็นผู้มีความเปราะบางทางจิตใจ สาเหตุเกี่ยวเนื่องมาจากปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความมีคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งในเขตบริการสุขภาพที่ 3 พบสถิติของผู้มารับบริการผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ระหว่างปี 2556-2558 มีโรคทางกายรวมประมาณร้อยละ 80 และพบว่าจากสถิติผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคเรื้อรังมีอยู่ประมาณร้อยละ 13 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด แต่ในจำนวนนี้พบว่ามาเข้ารับบริการ ร้อยละ 5.94 จำแนกตามจังหวัด ได้แก่ นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร ชัยนาท อุทัยธานี ร้อยละ 11.73 , 0.86 , 8.37, 4.26, 2.48 ตามลำดับ (ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า, 2558)

ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจึงควรให้การดูแล ป้องกัน ความรุนแรงของโรคที่นำไปสู่โรคซึมเศร้า ภาวะสุขภาพและแม้ว่าเหตุการณ์การสูญเสียจะไม่สามารถควบคุมได้ แต่หากผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจและเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต และได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว ก็น่าจะเป็นตัวช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่กับเหตุการณ์การสูญเสียได้ดีขึ้น (दारवारณ ต๊ะปินตา, 2555)

## 2.2 การจำแนกประเภทของโรคทางกาย

### 2.2.1 ความหมายของโรคทางกาย

โรคทางกาย หมายถึง ภาวะความผิดปกติทางกายที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยพบว่า มีพยาธิสภาพทางกาย เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงของระบบฮอร์โมนและต่อมไร้ท่อ หรือระบบภูมิคุ้มกัน (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์ , 2555)

โรคทางกาย หรือการเจ็บป่วยทางกาย หมายถึง ภาวะการเจ็บป่วยด้วย พยาธิสรีรภาพ และชีวภาพทางการแพทย์ เป็นการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติ ไม่สมดุล (ประคอง อินทรสมบัติ, 2553)

โดยสรุป โรคทางกาย หมายถึง ความผิดปกติทางกายที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย มีสาเหตุจากพยาธิสภาพที่ชัดเจน เกิดความไม่สมดุลในระบบต่างๆ แบ่งตามระยะเวลาการเกิดโรค และอาการวิทยา

### 2.2.2 การจำแนกประเภทของโรคทางกาย

เป็นการแบ่งลักษณะของการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ตามระยะเวลา ตามระดับวิทยาการเกิดโรค (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2555) โดยแบ่งประเภทดังนี้

#### 1) แบ่งตามระยะเวลาการเกิดโรค ดังนี้

1) โรคเฉียบพลัน (Acute disease) หมายถึงโรคหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทันที รวดเร็ว อาการมักมีความรุนแรง แต่ส่วนใหญ่สามารถรักษาหายได้ ภายในระยะเวลาสั้นๆ ประมาณ 2-3 สัปดาห์ หรืออาจถึง 3 เดือน เช่น โรคติดเชื้อต่างๆ ไข้หวัด ปอดบวม อาหารเป็นพิษ

2) โรคเรื้อรัง (Chronic disease) หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นอาจมีอาการนำมาก่อน หรือไม่มีอาการนำมาก่อน และค่อยๆรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ เมื่อไม่ได้รับการรักษา อาการมักเกิดขึ้นต่อเนื่อง นานเกิน 6 เดือนขึ้นไป และต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาจตลอดชีวิต และมักไม่หายขาด และเกิดอาการเฉียบพลันซ้ำซ้อนได้เสมอ และส่งผลให้ผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพในการทำงาน คุณภาพชีวิตแย่ง และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษา เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคกระดูกและข้อ โรคหัวใจ เป็นต้น

3) โรคกึ่งเฉียบพลัน (Subacute disease) คือโรคที่มีอาการและลักษณะธรรมชาติคาบเกี่ยวระหว่างเฉียบพลันและเรื้อรัง ทั่วไปมักคล้ายคลึงกับโรคเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่อาจถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคไตอักเสบกึ่งเฉียบพลัน

4) ภาวะฉุกเฉิน (Emergency) คือ ภาวะที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงรวดเร็วเกิดขึ้นทันที และเป็นภาวะที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที มิฉะนั้นอาจก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ เช่น อุบัติเหตุต่างๆ อาการชัก อาการแน่นหน้าอก ซ็อก และหมดสติ เป็นต้น

#### 2) แบ่งตามระดับวิทยาการเกิดของโรคดังนี้

1) โรคติดต่อ หมายถึง โรคที่สามารถถ่ายทอด แพร่กระจาย และติดต่อถึงกันได้ระหว่างบุคคล โดยมีเชื้อจุลินทรีย์ต่าง ๆ เป็นสาเหตุของโรค และถึงแม้ว่าเชื้อโรคจะเป็นตัวก่อเหตุ แต่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของมนุษย์ ก็เป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญที่จะทำให้เกิดโรคติดต่อนั้น ๆ ขึ้น

2) โรคไม่ติดต่อ หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติหรือความเสื่อมโทรมของร่างกายและจิตใจ ไม่สามารถแพร่กระจาย ติดต่อไปหาบุคคลอื่นได้ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคกระดูกและข้อ และโรคประสาท โรคจิตเวชต่างๆ เป็นต้น

### 2.3 ปัจจัยเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ปัจจัยของการเกิดโรคซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพอจะสรุปเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าได้ดังนี้

#### 2.3.1 ทางด้านชีวภาพ

Genetic theory พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องสูงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะ ในกรณีของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงในญาติสายตรงร้อยละ 7 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ในครอบครัวที่มีผู้เป็นโรคซึมเศร้า คนในครอบครัว มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 2.8 เท่า อย่างไรก็ตามการเกิดภาวะซึมเศร้าของคนในครอบครัวยังขึ้นกับปัจจัยเหตุด้านอื่นๆอีกหลายด้านที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและการศึกษาในคู่แฝดไข่ใบเดียวกันพบว่ามีโอกาสเกิดโรคถึง 60% และมีโอกาสเกิดในแฝดแบบไข่คนละใบ 12% (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

Neurobiological Hypotheses กล่าวถึงโรคซึมเศร้าที่อาจเกิดจากความผิดปกติของการกำกับควบคุมสารสื่อประสาท ของระบบประสาทส่วนกลาง หรือการทำหน้าที่บกพร่องของตัวรับสารสื่อประสาท

Endocrine and Neuropeptide Hypotheses โรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ ในหลายๆ อย่าง เช่น Hypothalamus pituitary grand adrenal grand thyroid grand หรือฮอร์โมนต่างๆ เช่น Growth hormone ซึ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า มีความสอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรคและสารสื่อประสาทหลายตัวที่เกี่ยวข้อง (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

ในผู้สูงอายุนั้นอาจกล่าวได้ถึงความเสื่อมตามช่วงวัย ที่ทำให้เกิดความผิดปกติของกระบวนการเมตาบอริซึมของสารสื่อประสาทในสมองพบว่า catecholamine และ serotonin มีปริมาณลดลง ซึ่งเกิดจากกระบวนการภายในร่างกาย มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกสงบ เยือกเย็นเฉยชา ภาวะสมดุลของระดับ serotonin มีผลต่ออารมณ์ของบุคคล เมื่อ serotonin ลดลงอารมณ์ในเชิงวิตกกังวลจึงลดลงด้วย และพบว่าในบางรายมีความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยพบว่าการหลั่ง cortisol เพิ่มขึ้น luteinizing hormone

ลดลงและพบความผิดปกติของการหลั่ง vasopressin และ calcitonin ซึ่งมีผลต่อการเกิดภาวะ ซึมเศร้า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

### 2.3.2 ทางด้านจิตใจ

มีปัจจัยเหตุด้านจิตใจที่มีความเกี่ยวข้องดังนี้

1) กระบวนการของความคิดจะมีกระบวนการความคิดที่มุ่งพิจารณาประสบการณ์ในชีวิตหรือสิ่งต่างๆให้บิดเบือนไปจากความจริง หรือมุ่งพิจารณาไปทางลบแทนที่จะพิจารณาไปในทางบวกโดยคิดว่าตนเองด้อยค่า หมดหนทางที่จะต่อสู้และตนเองไม่มีประโยชน์อีกแล้ว มักจะตีความเหตุการณ์ต่างๆไปในทางไม่ดีและอนาคตไม่มีความหวัง (दाराररण टिपिना, 2555)

2) ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล คืออารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพ การเปลี่ยนผ่านบทบาทและความบกพร่องทางด้านสัมพันธภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย โดยปัญหาการเปลี่ยนผ่านบทบาท มีระดับความสัมพันธ์สูงสุด (พิरणธิ ลือบุญวัชชัย, 2551)

3) ความเครียดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าดังที่ ธรณินทร กงสุข และคณะ (2551) ได้พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นกับตัวเอง กับการเกิดโรคซึมเศร้า เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียวได้แก่ การอับจนหนทาง/สับสนในชีวิต, การที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง, การถูกลวนลามทางเพศ, เลิกกับคนรัก/สามี/ภรรยา เหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นกับคนใกล้ชิด มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ การจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก/สามี/ภรรยา, การเสียทรัพย์จากการพนัน (दाराररण टिपिना, 2555)

## 2.4 อาการและการแสดงของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

อาการสำคัญของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีลักษณะคล้ายกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ 4 ประการ คือการแสดงออกทางอารมณ์ การแสดงออกทางความคิด การแสดงออกทางแรงจูงใจ และการแสดงออกทางกาย (Beck & Alford, 2009, อ้างใน दाराररण टिपिना, 2555) ดังนี้คือ

**2.4.1 การแสดงออกทางอารมณ์** การแสดงออกทางอารมณ์ (Emotional Manifestation) เป็นการเปลี่ยนแปลง ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับของความรุนแรงของโรค เพศ อายุ และกลุ่มทางสังคม โดยลักษณะของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามักจะมีอารมณ์หดหู่ ผิดหวัง ซึมเศร้า (Dejected Mood) มักจะมีความรู้สึกในทางลบต่อตนเอง (Negative feeling toward self) มักจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไม่มีดี ไม่เป็นที่รัก ไม่เป็นที่ต้องการของใครเลย รวมทั้งมีความเชื่อมั่นและความสำคัญของตนเองน้อยลง และพบความรู้สึกนี้ได้ถึงร้อยละ 86 ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารระดับรุนแรง จะสูญเสียความพึงพอใจและความปิติ ในตนเอง (Reduction in Gratification) ในการรับรู้ต่อสถานการณ์ กิจกรรม หรือบุคคลต่างๆ ในชีวิตประจำวันแม้ว่าจะจะเป็นกิจกรรมหรือสถานการณ์ธรรมดาๆ เช่น การ

รับประทานอาหาร การมีเพศสัมพันธ์ การทำงานประจำวัน เป็นต้น ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามักจะสูญเสียความผูกพันทางอารมณ์ที่จะทำให้รู้สึกพึงพอใจ (Loss of emotional attachment) เช่น สูญเสียความผูกพันทางอารมณ์กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง สัตว์เลี้ยงหรือสิ่งของต่างๆ ในชีวิตรู้สึกไม่มีความสำคัญหรือความเชื่อมั่นที่จะใช้ชีวิตต่อ การแสดงออกทางอารมณ์อีกประการหนึ่งคือ ความรู้สึกอยากร้องไห้ (दारारररररर रररररर, 2555)

**2.4.2 การแสดงออกทางความคิด** ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีการแสดงออกทางความคิด มีทัศนคติที่มักจะบิดเบือนต่อตนเอง ประสบการณ์ของตนเอง และต่ออนาคต ซึ่งจะทำให้มีผลต่อการตัดสินใจโดยการแสดงออกทางความคิดมัก มีการประเมินตนเองต่ำ (Low-self evaluation) เป็นลักษณะสำคัญ มักจะแสดงให้เห็นถึงการคิดถึงตนเองในทางลบทั้งในด้านความสามารถ ศักยภาพ สถิติปัญญา สุขภาพ ความอดทน ความตั้งใจ การคาดหวังในทางลบ (Negative expectations) เป็นความรู้สึกที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกสิ้นหวัง (दारारररररर รररररर, 2555) มากกว่าร้อยละ 78 ของผู้ที่มีโรคซึมเศร้าจะคาดหวังสิ่งต่างๆ ในทางลบและลักษณะการคิดการคิดดังกล่าวรบกวนชีวิตประจำวัน และมองว่าเป็นภัยคุกคาม โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรง หรือความคิดด้านลบตลอดเวลา อาจนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยมักจะคิดว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกที่ดีที่สุดของความสิ้นหวังต่างๆ เกิดการตำหนิตนเอง (Self-blame) และวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (Self-criticism) การตำหนิและวิพากษ์วิจารณ์ตนเองจะเป็นไปในทางเกิดความยุ่งยากในการตัดสินใจ ไม่สามารถเลือกทางเลือกที่มีอยู่เพื่อแก้ไขปัญหา ไม่สามารถเปลี่ยนการตัดสินใจได้ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีการบิดเบือนภาพลักษณ์ของตนเอง (Distortion of body image)

**2.4.3 การแสดงออกทางแรงจูงใจ** ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าพบได้เสมอว่าแรงจูงใจจะลดลงตามระดับตามความรุนแรงของโรค จนผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นได้ แรงจูงใจที่ลดลงมักเกี่ยวข้องกับการทำงานในอาชีพ ในวัยสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลง เช่น การเกษียณอายุ การเปลี่ยนแปลงครอบครัว การอยู่ตามลำพัง การสูญเสียคู่ชีวิต เพื่อน หรือการทำกิจกรรมที่คุ้นเคย ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามักจะอธิบายว่าแรงจูงใจที่ลดลงเกี่ยวข้องกับการคาดหวังในทางลบและอารมณ์ซึมเศร้า จะไม่มีความปรารถนาใดๆ (Paralysis of the will) และมีลักษณะที่ต้องการความพึงพิง ต้องการความช่วยเหลือ คำแนะนำ และการสนับสนุนในเรื่องต่างๆ จากผู้อื่นมากขึ้น (दारारररररर รररररर, 2555)

**2.4.4 การแสดงอาการทางกาย (Physical manifestation)** ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีอาการแสดงทางกายหลายประการ เช่น เชื่องช้าลง ไม่มีแรง เบื่ออาหาร (Loss of appetite) มีความยุ่งยากในการนอน นอนไม่หลับ ตื่นตึก หรือเข้ากว่าปกติ (Sleep disturbance) สูญเสียความต้องการทางเพศ (Loss of libido) มีความอ่อนล้า อ่อนเพลีย (दारारररररร รरररร, 2555)

2555) ผู้ป่วยสูงอายุ บางราย มีความรู้สึกแขนขาอ่อนแรง ไม่มีแรง หดแรงที่จะเคลื่อนไหว บางราย เกิดร่วมกับการไม่มีแรงจูงใจหรือไม่มีความปรารถนาที่จะทำอะไรๆ

## 2.5 การบำบัดรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้ามีหลายแบบ ได้แก่ การบำบัดรักษาด้วยยา การบำบัดทางจิตสังคม การรักษาด้วยไฟฟ้า การบำบัดด้วยแสง กลุ่มจิตบำบัดต่างๆ เป็นต้น

**2.5.1 การบำบัดด้วยยารักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า** ในยุคแรกๆเป็นยากลุ่ม Tricyclic ในช่วงเดียวกันได้มีการนำเอายากลุ่ม Monoamine Oxidase inhibitors มาใช้ในระยะเวลาหลัง ได้มีการสังเคราะห์ยาใหม่อีกหลายกลุ่มทำให้ฤทธิ์ข้างเคียงลดลงกว่ายากลุ่มเดิม ซึ่งการรักษาแบ่งออกเป็น 3 ได้แก่ ระยะเฉียบพลัน ระยะต่อเนื่อง และการป้องกันระยะยาว (มานอนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ดังนี้

1) การรักษาระยะเฉียบพลัน (acute treatment) เป้าหมายคือ เพื่อให้ผู้ป่วยมี remission และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ยาหลักในการรักษาได้แก่ ยาแก้อิมเศร้า ซึ่งในปัจจุบันได้มียาแก้อิมเศร้าออกมาหลายขนาน และแยกเป็นกลุ่มต่างๆ ตามกลไกการออกฤทธิ์ ประสิทธิภาพในการรักษาของยาแต่ละกลุ่มนั้นไม่แตกต่างกันยาขนานที่นิยมใช้ ได้แก่ fluoxetine เนื่องจากมีผลข้างเคียงต่ำกว่ายากลุ่ม tricyclic เริ่มโดยให้ขนาด 20 มก. กินวันละ 1 มื้อ หลังอาหารเช้า ผู้ป่วยที่อาจมีปัญหาเรื่อง drug-interaction เช่น ได้ยาหลายขนานหรือผู้สูงอายุอาจให้ยา sertraline ขนาด 50 มก. กินวันละ 1 มื้อหลังอาหารเย็น ผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวายหรือวิตกกังวลมากร่วมด้วย อาจให้ diazepam 2 มก. กินเช้า-เย็น ร่วมด้วยในช่วง 2 สัปดาห์แรก หากมีอาการนอนไม่หลับอาจให้ diazepam 2-5 มก. หรือ amitriptyline 10 มก. กินก่อนนอน ในระยะนี้ ยาแก้อิมเศร้าได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80 ผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วย อาจต้องให้ยารักษาโรคจิตควบคู่กันไป เช่น haloperidol ขนาด 2 มก. กินเช้า-เย็น โดยทั่วไปขนาดจะไม่สูงเท่าที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่ออาการโรคจิตดีขึ้นแล้วจึงลดยาลงช้าๆ จนหยุดยาปัญหาที่มักทำให้การรักษาด้วยยาแก้อิมเศร้าไม่ได้ผลเท่าที่ควร คือ การให้ยาขนาดที่ต่ำ และระยะเวลาสั้นเกินไป การรักษาต้องปรับขนาดยาจนถึงระดับในการรักษา และคงไว้อย่างน้อยประมาณ 4-8 สัปดาห์ ก่อนที่จะพิจารณาว่าการรักษาได้ผลหรือไม่ สิ่งสำคัญที่แพทย์ควรพิจารณาพร้อมด้วยเสมอ คือ ความร่วมมือในการกินยา (compliance) ของผู้ป่วยเป็นอย่างไร ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอหรือไม่ จากนั้นจึงค่อยพิจารณาเปลี่ยนเป็นยาขนานอื่น

2) การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) เป็นการให้การรักษาต่อประมาณ 6 เดือน หลังจากผู้ป่วยหายแล้ว โดยให้ยาในขนาดเดียวกับที่ผู้ป่วยได้รับในการรักษาระยะเฉียบพลัน เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ เพื่อลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ พบว่าหากหยุดการรักษาก่อนผู้ป่วยมีโอกาสเกิด relapse สูงมาก



3) การป้องกันระยะยาว (maintenance treatment) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้เป็นการให้ยาเพื่อป้องกันการเกิด recurrence โดยพบว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วยจะเกิด recurrence ภายใน 6 เดือนหลังจาก remission

### 2.5.2 การบำบัดทางจิตสังคม

การบำบัดทางจิตสังคม เป็นการรักษาที่สำคัญในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เพราะนอกจากจะพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีปัจจัยเหตุทางด้านร่างกายแล้ว ยังพบว่ายังมีปัจจัยเหตุอีกหลายประการทางด้านจิตสังคม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องใช้การบำบัดทางสังคมร่วมด้วย ตัวอย่างเช่น การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม และจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลดังนี้

1) การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา (Problem solving therapy) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้กำกับตนเอง มองปัญหาทางบวก และเลือกทางออกในการแก้ไข้ปัญหาด้วยความมีเหตุผล และพบว่าช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (Chang, D’Zurilla & Sanna, 2004) นอกจากนี้กรมสุขภาพจิต (2555) ได้สร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานบริการระดับทุติยภูมิ ให้กับบุคลากรในสถานบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ได้รับการดูแลรักษา การดูแลรักษาโรคซึมเศร้าที่ดีที่สุดคือการรักษาด้วยยาต้านเศร้า ร่วมกับการบำบัดทางจิตใจ (ดารารวรรณ ตะปินตา, 2555) ทั้งนี้การบำบัดโดยการแก้้ปัญหาจะเน้นให้ผู้ป่วยแก้้ปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหา เข้าใจปัญหา และเกิดแนวทางในการแก้้ปัญหา ซึ่งมีการนำมาใช้ในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตายแล้วพบว่า สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ (สุวดี ศรีวิเศษ, 2556)

2) การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy : CBT) เป็นการบำบัดตามแนวคิดทฤษฎีของ Beck เป็นจิตบำบัดที่อยู่บนแนวคิดทางปัญญาซึ่งบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อช่วยลดหรือแก้้ปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ตามความเชื่อที่ว่าสิ่งเร้าไม่ได้มีผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม สรีระ แต่ต้องผ่านกระบวนการคิดซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ตามการเล็งดูและประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตของบุคคล (Beck, 1995) ซึ่งมีพื้นฐานความเชื่อสำคัญ 1) อารมณ์และพฤติกรรมของคนที่มีโรคซึมเศร้าเกิดจากบุคคลนั้นมีความคิดและวิถีคิดที่มองตนเอง มองโลก มองอนาคต ในทางลบ 2) บุคคลสามารถตรวจสอบความคิดและสื่อสารกับวิถีคิดของตนได้ 3) การปรับเปลี่ยนความรู้คิดจะนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมและอารมณ์ได้ ส่วนสำคัญในการบำบัด คือการให้กิจกรรมทุกสัปดาห์ มอบหมายให้เป็นการบ้าน โดยการระบุ ตรวจสอบ และเปลี่ยนแปลงวิถีคิดอัตโนมัติทางลบ รวมทั้งให้แนวทางในการแก้้ปัญหา กระบวนการบำบัดเป็นการร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

**3) จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy)** มีฐานแนวคิดมาจากทฤษฎีระหว่างบุคคลของ Meyer (1957) และ Sullivan (1953) พัฒนาจากการไม่คงที่ของจิต (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557) เป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยการเชื่อมโยงอาการของโรคซึมเศร้ากับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่งใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้สึกเศร้าเสียใจจากการเสียชีวิตของบุคคลที่สำคัญ 2) ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญ 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม 4) การขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การแก้ไขปัญหาลักษณะเหล่านี้ในประเด็นที่ผู้ป่วยซึมเศร้าเผชิญอยู่ ทำให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น ใช้ระยะเวลาในการรักษาโดยเฉลี่ย 16 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง การรักษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสิ้นสุด การรักษาอาศัยเทคนิคในการค้นหาข้อมูล การวิเคราะห์การสื่อสาร การกระตุ้นให้แสดงอารมณ์ที่เกิดขึ้น การแสดงบทบาทสมมุติ การแก้ไขปัญหาลักษณะเหล่านี้เพื่อตัดสินใจ การมอบหมายงานหรือให้การบ้าน และการให้ความสำคัญในการรักษา (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

**4) จิตบำบัดแบบประคับประคอง** เป็นการบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำหน้าที่ปกติ โดยการสนับสนุนช่วยเหลือ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสะท้อนเหตุการณ์ในชีวิตของตน ตามสภาพแวดล้อมที่ยอมรับได้ เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้า และสร้างความเข้มแข็ง ความมีคุณค่าทางจิตใจให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยกำลังใจ ความมั่นใจต่อการดำเนินชีวิต และความสำคัญของตนเองให้มั่นคงขึ้น จิตบำบัดประคับประคอง เหมาะแก่การบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรัง ในการทำจิตบำบัดประคับประคองนั้น ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจะสื่อสารผ่านทาง การสนทนาเพื่อการบำบัด ให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเอง เกิดความหวัง และการนับถือตนเอง เพื่อให้เกิดการปรับตัว ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า เป็นการรักษาที่เน้นการปรับพฤติกรรมและความรู้สึกนึกคิดตามการรับรู้ของบุคคลมากกว่าการรับรู้ภายในตนเองหรือความเข้าใจตนเองในระดับจิตใต้สำนึก (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554)

**5) การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง** เป็นกระบวนการระลึกถึงความทรงจำตามธรรมชาติของการสูงอายุของผู้ป่วย ซึ่งสัมพันธ์กับความสำเร็จในการปรับตัวของผู้สูงอายุโดยผ่านความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้านั้นจะเป็นการส่งเสริมคุณค่าในตนเอง โดยระลึกความหลังเป็นประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาของผู้ป่วย ความทรงจำที่มีค่า มีความหมายและสำคัญต่อผู้ป่วย กระบวนการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจอัตมโนทัศน์ คุณค่าที่สำคัญของชีวิต การแก้ปัญหาชีวิต และให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย ทำให้ผู้ป่วยเพิ่มคุณค่าของตนเองกับสิ่งที่ตนเองประสบผลสำเร็จ สามารถปรับตัวต่อความคับข้องใจในปัจจุบันได้ การบำบัดวิธีนี้ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่มีการนำมาใช้บำบัดผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งพบว่าลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554)

**2.5.3 การใช้กิจกรรมทางพุทธศาสนา และการปรึกษาพุทธจิตวิทยาการใช้กิจกรรมทางพระพุทธศาสนา และการปรึกษาเชิงพุทธจิตวิทยาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า** เป็นการประยุกต์ใช้กิจกรรมทางพระพุทธศาสนาร่วมกับการปรึกษาเชิงพุทธจิตวิทยาต่อเนื่อง 4 วัน 3 คืน ซึ่งมีความเหมาะสมกับวัยสูงอายุที่มีความเจ็บป่วย ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย 11 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 35 ชั่วโมงโดยมีกิจกรรมครั้ง 11 ครั้ง โดยมีการศึกษาผลของการเยียวยา ความโศกเศร้าของผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ด้วยกิจกรรมทางพระพุทธศาสนา และการปรึกษาเชิงพุทธเกิดการตระหนักรู้ถึงความงongงามในชีวิตหลังการสูญเสียและคุณค่าของชีวิตในปัจจุบันเพิ่มขึ้น (พระปณต คุณวฑฒ โฉม [อิสรสกุล] และสารระ มุขดี, 2554)

## **2.6 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า**

การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ตั้งแต่การประเมินทางการพยาบาล การให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาล และการประเมินผลการให้การพยาบาล ดังรายละเอียดดังนี้

**2.6.1 การประเมินทางการพยาบาลการประเมินทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า** เป็นการประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งอาการและอาการแสดงที่ได้กล่าวมาแล้ว (Fortinash & Worrest, 2004 ; Videbeck, 2001 อ้างใน ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555) ดังนี้

- 1) การประเมินลักษณะโดยทั่วไป เป็นการประเมินการเคลื่อนไหว จะมีการเคลื่อนไหวช้า ลักษณะการคิดซ้ำการสื่อสารซ้ำ มีความยากในการประสานความคิดการพูด ต้องการเวลาในการคิดมากกว่าเดิมและหลายครั้งจะคับข้องใจที่ไม่สามารถจะคิดและสื่อสารได้อย่างสมบูรณ์
- 2) การประเมินทางด้านจิตใจ เป็นการประเมินโดยแยกจากการประเมินร่างกายทั่วไป ประเมินเพื่อวิเคราะห์สภาพจิตใจของผู้ป่วย และความพร้อมการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการประเมิน เช่นความคิด การแสดงอารมณ์ความรู้สึก สติปัญญาภาพลักษณ์ของตนเอง บทบาทและสัมพันธภาพกับผู้อื่น

**2.6.2 การวางแผนทางการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า** การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการพยาบาลที่ต้องให้อย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ และสัมพันธภาพกับผู้อื่น และที่สำคัญที่สุด คือการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยพยาบาลจะต้องให้ความรู้ และสอนเรื่องโรคและการรักษาพยาบาลเพื่อให้เข้าใจในเรื่องการเกิดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่โรคซึมเศร้า (Stuart & Laraia, 2005) พยาบาลยังต้องวางแผนในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยประสานความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลและกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพในชุมชน

**1) การให้การพยาบาลทางด้านร่างกาย** การให้การพยาบาลทางด้านร่างกาย เป็นการให้การดูแลในเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลสุขวิทยา การดูแลตนเองในเรื่องต่างๆไป เช่น การแต่งกาย และการพักผ่อนนอนหลับ ที่จะต้องเพียงพอและเหมาะสมโดยการกระตุ้นให้ได้ดูแลตนเองหรือกรณีผู้ป่วยมีโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับความสุขสบายและปลอดภัย ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า มักไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ ซ้ำซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่ซึมเศร้ามาก และมีปัญหาโรคทางกาย มักจะทำร้ายตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความทุกข์ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2556) การป้องกันการฆ่าตัวตายแม้ไม่อาจป้องกันได้ทั้งหมด แต่เป็นสิ่งสำคัญมากในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ไม่กระตุ้นความรู้สึกเศร้าและเป็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ไม่มีอาวุธหรือสิ่งของที่อาจมาใช้ในการทำร้ายตนเอง หรือทำร้ายผู้อื่น สัมพันธภาพเชิงบำบัดที่เหมาะสมจะทำให้พยาบาลทราบถึงปัจจัยเสี่ยง หรือบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยสังเกตจากพฤติกรรม หรือคำพูดของผู้ป่วยที่อาจบ่งชี้เป็นนัยก็อาจช่วยเพิ่มความระมัดระวังและให้ความสนใจมากขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

**2) การให้การพยาบาลด้านความคิด** การให้การพยาบาลด้านความคิดสามารถช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวไปตามความเป็นจริงหรือให้เป็นไปนางบวกมากขึ้นโดยอาจใช้การบำบัดหรือการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ลดความคิดว่าตนเองสิ้นหวังไม่มีความหมายไม่มีคุณค่า ไม่มีอนาคตให้ลดลงได้อย่างเหมาะสม โดยจำเป็นจะต้องมีสัมพันธภาพเชิงบำบัดที่เหมาะสมจึงจะสามารถช่วยปรับในด้านความคิดได้ (Frisch & Frisch, 2002; Fortinash & Worrest, 2004) การให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้ระบายออกช่วยให้ผ่านพ้นภาวะซึมเศร้าโดยเร็วโดยของผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุผ่านพ้นโดย ส่งเสริมความมีคุณค่าและความภาคภูมิใจและให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ทบทวนความซึมเศร้าหรืออาการเศร้าของตนเอง (ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555)

**3) การให้การพยาบาลด้านพฤติกรรม** การให้การพยาบาลด้านพฤติกรรม เป็นการช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้มีกิจกรรมประจำวันที่เหมาะสม ทั้งกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยการวางแผนร่วมกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและกระตุ้นให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามแผนที่วางไว้ร่วมกัน การได้ทำกิจกรรมต่างๆ จะช่วยปรับทั้งในด้านความคิดและอารมณ์ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าให้เปลี่ยนแปลงไปได้เนื่องจากการปฏิสัมพันธ์และสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Stuart & Laraia, 2005) เพื่อให้ได้รับปัจจัยพื้นฐานการดำรงชีวิต กระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งด้านสุขอนามัย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย การเคลื่อนไหวร่างกาย และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยาต้านอาการซึมเศร้าด้วย (ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555)

### 2.6.3 การประเมินผลการให้การพยาบาล

การประเมินผลการให้การพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นการประเมินผลในเรื่องต่างๆ ที่ได้ให้การพยาบาลทั้งด้านร่างกาย ความคิด และอารมณ์รวมทั้งพฤติกรรม โดยการประเมินทางด้านร่างกายเป็นการประเมินเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก การประเมินการแต่งกาย การประเมินการขับถ่ายเป็นต้น ส่วนการประเมินด้านความคิด เป็นการประเมินลักษณะความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น หากการพยาบาลได้ผล ควรจะต้องเปลี่ยนความคิดต่อตนเอง ต่อโรค และต่ออนาคตทางลบเป็นทางบวกหรือเป็นไปตามความเป็นจริงมากขึ้น รวมทั้งการรับรู้ศักยภาพของตนดีขึ้นหรือเป็นไปตามความเป็นจริงมากขึ้น สามารถตัดสินใจได้ดีขึ้น มีวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายมากขึ้น และไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย (ดรรารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555)

## 3. แนวคิดความสิ้นหวัง (Hopelessness)

ความสิ้นหวัง (Hopelessness) มีความเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้า เป็นอาการที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่มีปัญหาของการดำเนินชีวิตที่มีข้อจำกัด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ในกรณีที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ช่องว่างในการมีประสบการณ์เชิงลบ หรือประสบกับสถานการณ์ในชีวิตเชิงลบ ไม่มีความหวังต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หรือ คาดหวังว่าจะเกิดเหตุการณ์เชิงลบขึ้น ลักษณะของความสิ้นหวังมักจะปรากฏขึ้นด้วยการเริ่มตำหนิตนเอง ครุ่นคิดความภาคภูมิใจในตนเองหมดไป อยู่ในภาวะที่อยากพึ่งพา และความรู้สึกนึกคิดนี้ เกิดขึ้นได้กลับไปกลับมา (Iacoviello, 2003)

### 3.1 ความหมายความสิ้นหวัง

Abramson, Metalsky and Alloy ( 1989 ) ได้อธิบายถึงความสิ้นหวังคือภาวะที่เกิดจากกระบวนการคิดในเชิงลบทั้งหมด ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีแนวคิด ทศนคติที่ติดลบ มองเรื่องราวที่เผชิญว่าเป็นเรื่องลบเสมอ มักคิดล่วงหน้าไปถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปในทางลบ ทางที่ไม่ดี และท้ายที่สุดจะมองว่าตนเองนั้นไม่ดี ไม่สามารถทำได้ รู้สึกไม่มีค่า เมื่อเกิดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ทำให้ไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ส่งผลให้เกิดความสิ้นหวัง และหากถ้าปัญหาความสิ้นหวังยังคงอยู่จะส่งผลกระทบต่อที่ร้ายแรงที่สุด คือการฆ่าตัวตาย

Beck (1987) อธิบายความสิ้นหวังว่า เกิดจากการที่บุคคลมองโลก และตนเองไปในทางลบ ต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ประสบการณ์และอนาคตที่เปลี่ยนแปลงในทางลบ

Dunn (2005) อธิบายความสิ้นหวังในผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางกาย อธิบาย ความสิ้นหวัง คือความคิดเชิงลบและความรู้สึกเชิงลบที่แสดงออกทางพฤติกรรม ถึงความคิดมีตม่น หรือ

ความไม่แน่นอนในอนาคต ขาดความหวัง และความกระตือรือร้นต่อการเปลี่ยนแปลงหรือมีตัวเลือกที่จำกัด ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงข้อจำกัดนั้นได้ และไม่มีความสามารถที่จะทำในสิ่งที่ดีกว่า

Farrean & Herth (1995 ) อธิบายว่าความสิ้นหวัง (Hopeless) เป็นเหตุของภาวะซึมเศร้า และเมื่อมีเหตุการณ์ด้านลบเช่น การสูญเสีย จะทำให้สูญเสียความคาดหวังที่มี หรือสิ่งที่หวังไว้ไม่เป็นไปตามนั้น เกิดความสิ้นหวังในที่สุด

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2556) อธิบายความสิ้นหวัง (Hopelessness) เป็นสภาวะอารมณ์ที่แสดงถึงความรู้สึกไร้หนทางต่อการดำเนินชีวิต จนไม่ทำให้ไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ต่างๆได้ และรู้สึกว่าจะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมได้อย่างฉับพลัน

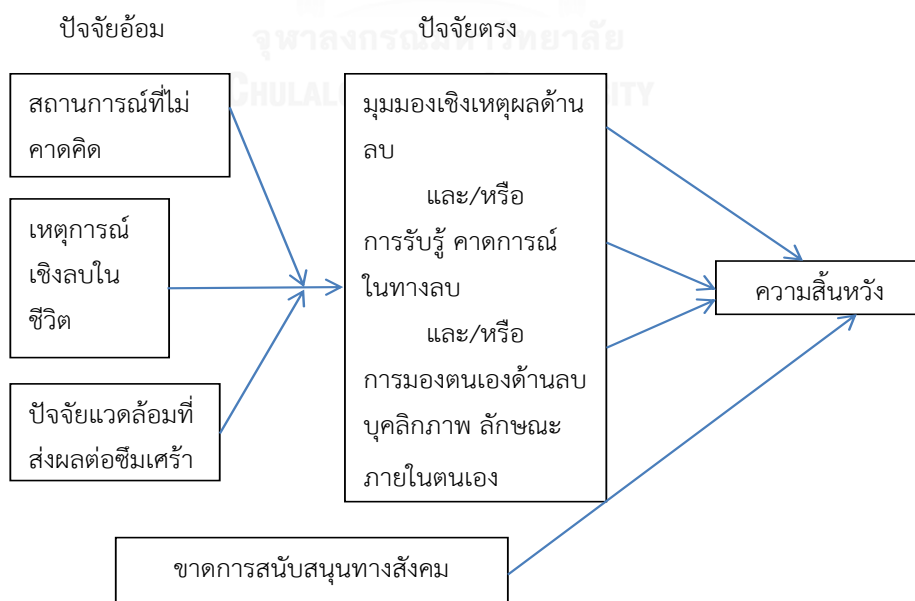
โดยสรุป ความสิ้นหวัง หมายถึง ภาวะหรือลักษณะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ที่เผชิญเหตุการณ์เครียดในชีวิต และคิดล่วงหน้าถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นไปในทางลบ มองตนเองในแง่ลบและมีข้อจำกัดเสมอ รู้สึกท้อแท้ ไร้ประโยชน์และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงข้อจำกัดนั้นได้ แสดงออกทางพฤติกรรมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

### 3.2 ทฤษฎีความสิ้นหวัง

ความสิ้นหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีลักษณะเด่นจากการเผชิญเหตุการณ์เครียดในชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อความคาดหวังที่ไม่ดี โดยมีปัจจัยสาเหตุทั้งภายในและภายนอกที่คุกคามชีวิต ซึ่งในที่นี้กล่าวถึงไว้ 2 ส่วนดังนี้

#### 3.2.1ทฤษฎีความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า(Hopelessness theory of depression)

ของ Abramson, Metalsky, and Alloy ( 1989 )



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า

(Abramson, Metalsky and Alloy, 1989)

จากแนวคิดความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า (Abramson, Metalsky and Alloy, 1989) กล่าวถึง ความสิ้นหวังมีปัจจัยเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกันโดยเมื่อเกิดปัจจัยทางอ้อม เช่นสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด ปัจจัยแวดล้อมที่เป็นเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า จะส่งผลต่อปัจจัยทางตรง เช่น ความคิดความรู้สึกด้านลบ ตัวตัวภายใน จนเกิดความสิ้นหวัง ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ด้านลบในชีวิต บุคคลเหล่านี้จะมีการรับรู้เหตุการณ์นั้นในทางลบ และจะคาดการณ์ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในทางที่แย่ง รวมถึงจะมองตนเองไม่มีความสามารถในการเผชิญปัญหา เกิดความรู้สึกไร้ค่า และเกิดข้อจำกัดในการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆให้ดีขึ้น รวมถึงขาดการสนับสนุนทางสังคม จนนำไปสู่ความสิ้นหวังและจะแสดงอาการ ได้แก่ บกพร่องต่อการตอบสนองสิ่งแวดล้อม แสดงอารมณ์ด้านลบ เศร้าโศกเสียใจ มีความคิดอยากตาย รู้สึกอ่อนเพลีย หรือสูญเสียพลังงาน การเคลื่อนไหวบกพร่อง นอนไม่หลับ รู้สึกไม่มีคุณค่าและอยู่ในภาวะที่ต้องการพึ่งพาคนอื่น

**ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสิ้นหวัง** มี 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยตรง และปัจจัยสนับสนุนดังนี้

ปัจจัยตรง (Proximal Factor) คือ ลักษณะความแตกต่างส่วนบุคคลที่มีผลต่อความคิดเชิงลบ เช่น ความเชื่อ ทศนคติ การรับรู้ตนเอง บุคลิกส่วนตัว ซึ่งจะทำให้บุคคลคาดการณ์ผลลัพธ์ไปในทางลบ มีความเชื่อว่าตนเองนั้นมีข้อจำกัด ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์หรือแก้ปัญหาที่เผชิญได้ ทำให้มีความคิดเป็นลบ เกิดความรู้สึกด้อยค่าต่อตนเอง รวมถึงการให้เหตุผลที่เป็นลบต่อตนเองอยู่ตลอดเวลา และมองอนาคตข้างหน้าไร้ประโยชน์

ปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยทางอ้อม (Distal Factor) คือ สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง เหตุการณ์เชิงลบ ความคิดที่มีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกด้านลบ และการตอบสนองเหตุการณ์ไปในทางไม่ดี จนเกิดความรู้สึกเศร้า อารมณ์หดหู่ ความท้อแท้หมดหวัง เช่น การสูญเสียครอบครัว ขาดการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญภัยธรรมชาติที่ไม่ได้ตั้งตัวหรือปัจจัยแวดล้อมอื่นๆที่ส่งผลที่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งการตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่างๆของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคล ความเปราะบาง และความอดทนที่มีต่อเหตุการณ์นั้นๆ

ปัจจัยทั้งสองนี้ เป็นสิ่งกระตุ้นร่วมกันที่อาจขึ้นได้พร้อมๆกัน หรืออย่างใดอย่างหนึ่งผ่านกระบวนการคิดเชิงลบ ที่ทำให้เกิดความสิ้นหวัง เกิดความรุนแรงของความเครียดต่างๆ จนนำไปสู่โรคซึมเศร้าและเกิดการฆ่าตัวตาย

**3.2.2 ความสิ้นหวังในการเจ็บป่วยทางกาย (Hopelessness to physical illness)** ของ Dunn (2005) อธิบายความสิ้นหวังในผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางกาย คือความคิดเชิงลบ และความรู้สึกเชิงลบ ที่แสดงออกทางพฤติกรรม ถึงความคิดมีเดม หรือความไม่แน่นอนในอนาคตต่อการเจ็บป่วยทางกาย ขาดความหวังและความกระตือรือร้นต่อการเปลี่ยนแปลงหรือมีตัวเลือกที่จำกัด ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงข้อจำกัดนั้นได้ และไม่มีความสามารถที่จะทำในสิ่งที่ดีกว่า (Dunn, 2005)

ปัจจัยสำคัญ ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังในบุคคลที่เจ็บป่วย มี 2 ปัจจัย ดังนี้

ปัจจัยภายในที่ถูกคุกคาม ได้แก่ ความรู้สึกเป็นอิสระศักดิ์ศรี ความเป็นตัวของตัวเอง ความเข้มแข็ง และความสมบูรณ์ เช่น การสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นต้น ความคับข้องใจจากการดำเนินชีวิต ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังและพลัดพรากจากคนรักหรือของรัก ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกว่าไม่สามารถกลับเป็นปกติดังเดิมได้ บุคคลอาจจะถูกบังคับให้ล้มเลิกความหวังที่สำคัญในชีวิต

ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงและบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องต่างๆ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2556)

### 3.3 ความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งร่วมกับโรคทางกาย

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งจะมีความผิดปกติของการรู้คิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม พบได้บ่อย เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความสูญเสียหรือเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง (Beck & Alford, 2009) และแสดงอาการ เหนงา หดหู่ สิ้นหวัง เฉยชา กับสิ่งแวดล้อมและเกิดภาวะซึมเศร้า ที่รุนแรง ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ที่ผิดปกติได้ ไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ นอกจากนี้ยังแสดงอาการทางกายร่วมด้วย คือปัญหาการรับประทานอาหาร การนอนหลับ ความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายต่างๆ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเช่น แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เป็นต้น เมื่อเกิดขึ้นระลอกนาน นำสู่ความสิ้นหวัง และอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย (นิษา สมานทรัพย์, 2554) ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง จะมีแบบแผนความคิดเชิงลบต่อที่ไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขปัญหาที่นั้นได้และเกิดความคิดบิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยสูงอายุส่วนใหญ่ เมื่อมีความเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย จะทำให้มีความคิดเกี่ยวกับความเสื่อมทางกายและความตาย บุคคลมองว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตเป็นภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ร้ายในชีวิตเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลพัฒนาความคิดทางลบส่งผลถึงภาวะซึมเศร้า สอดคล้อง กับ Dunn (2005) ศึกษาความสิ้นหวังในการเจ็บป่วยทางกายกับความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้าพบว่าเมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยทางกายจะทำให้เกิดความรู้สึกด้านลบต่อความคาดหวังในอนาคต และเกิดความคิดด้านลบต่อการเปลี่ยนแปลงในความเจ็บป่วยทางกาย ส่งผลให้เกิดความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า (Dunn, 2005)

ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งร่วมกับโรคทางกาย จะมีความคิดเป็นลบต่อตนเอง มีความท้อแท้และความมีคุณค่าในตนเองลดลง รวมถึงมีอาการแสดงทางกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น รบกวนความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเอง และยังมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายร่วมด้วย จะส่งผลให้ โรคมะเร็งมีความรุนแรงขึ้น และสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ง่ายขึ้น ขณะเดียวกันโรคมะเร็งก็ทำให้โรคทางกายมีความรุนแรงขึ้นได้ มีความจำลดลง และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม หรืออาจเกิดปัญหาทางจิต เช่น ความคิดหลงผิด สนใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้านร่างกายมากเกินไปเกิดโรคมะเร็งร่วมกับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายทำให้ผู้สูงอายุเกิด



ความทุกข์ มีความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่มากขึ้น และเป็นเหตุให้เกิดภาวะในการดูแล เนื่องจากโรคคงอยู่เป็นเวลานานขึ้น กลับเป็นซ้ำได้อีกและยังทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย มีอาการแสดงที่รุนแรงขึ้น เป็นภาวะในการดำเนินชีวิต และส่วนใหญ่รู้สึก ไร้ค่าท้อแท้ สิ้นหวังและอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2556)

นอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าร่วมกับการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคทางกาย ส่งผลให้อุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าเพิ่มมากกว่าร้อยละ 43 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีโรคร่วมทางกาย (Stuart and Laraia, 2001) นั่นคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับการเจ็บป่วยทางกาย มีแนวโน้มสู่ความสิ้นหวังรุนแรงขึ้น ทั้งนี้ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยเรื้อรัง ก็มีแนวโน้มสู่ภาวะซึมเศร้า จากการเจ็บป่วยเรื้อรัง จนถึงความเสื่อมของร่างกาย จนกล่าวได้ว่าเป็นความเสี่ยงของกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้ ที่จะมีความสิ้นหวังมากขึ้น ปัญหาที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายมารับบริการแนวโน้มมากขึ้น และพบโรคเรื้อรังร่วมด้วยมากขึ้น จะส่งผลต่อความสิ้นหวังที่รุนแรงขึ้นและมีโอกาสให้ผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย มีแนวโน้มสู่ความสิ้นหวังมากขึ้น และอาจนำสู่การสูญเสียจากการคิดฆ่าตัวตายฉะนั้นหากต้องการป้องกันการเกิดความเสี่ยงหรือผลกระทบต่อผู้ป่วย พยาบาลต้องมีทักษะ ความรู้ความสามารถในการประเมินความสิ้นหวัง และให้การดูแลได้ ซึ่งกว่าพยาบาลจะสามารถประเมินความสิ้นหวังนั้นได้ อาจไม่ได้แสดงออกในรูปแบบของโรคที่ชัดเจน หรือการพยายามฆ่าตัวตายที่ชัดเจน แต่อาจแสดงออกทางอาการของโรคทางกาย ฉะนั้นการประเมินปัญหาให้รวดเร็วจะช่วยลดความเสี่ยงของปัญหาความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายได้

### 3.4 การประเมินความสิ้นหวัง

ผู้วิจัยได้ศึกษาและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มีการประเมินความสิ้นหวังดังนี้

**3.4.1 แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ (Geriatric Hopelessness scale)** พัฒนาขึ้นโดย Fry (1984) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดภาวะไร้ประโยชน์ (Theory of Helplessness and Depression) ของ Abramson, Seligman & Teasdale (1978) ซึ่งสามารถใช้ได้ทุกช่วงวัย แนวคิดภาวะไร้ประโยชน์เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาเป็นทฤษฎีความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า (Hopelessness Theory of depression) ของ Abramson, Metalsky, and Alloy (1989) Fry (1984) พัฒนาแบบประเมินและนำมาใช้ประเมินความสิ้นหวังกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยผู้พัฒนาได้กล่าวถึงว่าเป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินในกลุ่มผู้สูงอายุ สามารถประเมินได้ด้วยตนเอง และเลือกตอบตามความคิด ทศนคติทั้งทางบวกและทางลบ ได้นำไปใช้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีค่าความเที่ยง (Reliability) .71 และค่าความตรงตามเนื้อหา

.88 มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 16 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 14 ข้อ การให้คะแนนมี 2 คำตอบ คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ซึ่งในการคิดคะแนนในการตอบข้อคำถามเชิงบวกถ้าตอบ “ใช่” ให้คะแนน 0 คะแนน ในการตอบข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบ “ใช่” ให้คะแนน 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน	19-30	ระดับความสิ้นหวังมาก
คะแนน	11-18	ระดับความสิ้นหวังปานกลาง
คะแนน	1-10	ระดับความสิ้นหวังน้อย

**3.4.2 แบบประเมินความสิ้นหวังของ (Beck Hopelessness scale : BHS) ของ Beck et al. (1974) ที่พัฒนามาจากแนวคิดความหวัง (Hope) เป็นการสร้างแบบประเมินขึ้นเพื่อประเมินความคาดหวังทั้งบวกและทางลบ เป็นสถานการณ์ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งข้อคำถามใช้ 2 คำตอบ คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ซึ่งใช้ในผู้ป่วยหรือบุคคลทั่วไปได้ โดยเหมาะสมกับผู้ป่วยมากกว่า และสามารถตอบคำถามตามความรู้สึกความคิดของตนเอง ซึ่งมีค่าความเที่ยง (Reliability).74 มีค่าความสอดคล้องภายใน .93 โดยแบบประเมินนี้มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก ข้อ 1,3,5,6,8,10,13,15,19 และข้อคำถามเชิงลบ ข้อ 2,4,7,9,11,12,14,16,17,18,20 ซึ่งให้คะแนนในลักษณะ 0-1 ในข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบ “ใช่” ให้ 1 คะแนน ในข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบ “ใช่” ให้ 0 คะแนน**

การแปลผลคะแนน (Beck et al., 1974) เป็นการแปลคะแนนภาพรวมของทั้งฉบับ โดยมีค่าคะแนนรวม 0-20 คะแนน คะแนนมากยิ่งมีความสิ้นหวังมาก

ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ (Geriatric Hopelessness scale) แปลโดย นิชา สมานทรัพย์ (2554) สำหรับประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ร่วมกับโรคทางกาย ด้วยเหตุผลที่เครื่องมือนี้มาจากแนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ความหวังและภาวะซึมเศร้า Theory of Helplessness and Depression ของ Abramson, Seligman & Teasdale, 1978 ; Abramson, Metalsky, and Alloy (1989) และเครื่องมือนี้ได้มีการพัฒนาขึ้นเพื่อใช้กับวัยสูงอายุโดยเฉพาะ รวมถึงได้มีการนำมาใช้ในการประเมินความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งพบว่ามีความเชื่อมั่น .74 (นิชา สมานทรัพย์, 2554)

#### 4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย

จากการศึกษาทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่คัดเลือกตัวแปรไว้ศึกษาได้แก่ มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีการศึกษาที่สนับสนุนตัวแปรที่ศึกษาดังนี้

##### 4.1 มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ( Negative Attributional Style)

###### 4.1.1 ความหมายมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ

Abramson et al. (1978) ได้อธิบายถึง มุมมองเชิงเหตุผล คือ การรับรู้ที่เกิดจากความคาดหวังต่อเหตุการณ์เครียดในชีวิต ซึ่งเกิดขึ้นได้แบบคงที่ตลอดเวลา หรืออาจเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ตามความรู้สึก ประสบการณ์ที่ผ่านมา

Frith (1982) ได้อธิบายถึงมุมมองเชิงเหตุผล (Attribution) หมายถึง การตัดสินใจและการคาดเดาของบุคคล มักได้รับอิทธิพลมาจาก เหตุการณ์ภายนอก, ประสบการณ์, นิสัย, จุดมุ่งหมายของแต่ละคน, ความชอบ, ที่ทำงาน หรือโรงเรียน หรือกลุ่มที่สังกัด, ความจำเป็น และการสัญญา การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนมักจะตัดสินใจและคาดเดาโดยใช้อุปนิสัยของตน และเหตุการณ์ประกอบกัน

DeVellis (1992) ได้อธิบายถึงมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ คือ รูปแบบการรับรู้ด้านลบต่อเหตุการณ์เครียดในชีวิต แบบคงที่ตลอดเวลา หรือแบบกว้างๆ เปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นอยู่กับการมีหรือไม่มีความสำคัญของเหตุการณ์เครียดเชิงลบในชีวิต (Negative life stress)

Peterson (1982) ได้กล่าวถึงมุมมองเชิงเหตุผล (Attributional Style) คือ การให้เหตุผลต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยเป็นการบอกถึงมุมมองแนวคิดการรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้นๆว่าเหตุการณ์นั้นที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดี สามารถบอกถึงสาเหตุ ที่แท้จริงว่าเกิดขึ้นจากสิ่งภายนอกตนเอง หรือเกิดขึ้นจากสิ่งภายในตนเอง และมองเหตุการณ์นั้นๆแบบคงที่ตลอดเวลาหรือแบบกว้างๆเปลี่ยนแปลงได้

มีผู้กล่าวถึง มุมมองเชิงเหตุผลทั้งทางด้านบวกและด้านลบ แต่ในงานวิจัยนี้ตัวแปรที่เลือกศึกษา คือ มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ซึ่งสรุปได้ว่า หมายถึงการรับรู้ต่อเหตุการณ์เครียดในชีวิตด้านลบ ที่สะท้อนมุมมอง ทศนคติของคนโดยผ่านประสบการณ์ ลักษณะนิสัย ความชอบ และความจำเป็น ซึ่งอาจมีความคงที่หรือเปลี่ยนแปลงได้

จากการศึกษาของ Devillis (1992) เกี่ยวกับความสิ้นหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรคข้ออักเสบเรื้อรัง พบว่า มุมมองเชิงเหตุผล (Attributional Style) มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง โดยได้อธิบายว่า มุมมองเชิงเหตุผลที่ผู้ป่วยมองตนเองต่อการเจ็บป่วยคงที่ในด้านลบ จะยิ่งส่งผลให้มีความสิ้นหวังต่อการเจ็บป่วยมากขึ้น (Devillis,1992) ในขณะที่ Joiner (2001) ได้ศึกษาความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า ของนักศึกษาจิตวิทยาที่มีภาวะซึมเศร้า ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่า มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง และสอดคล้องกับ ทฤษฎีความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า (Hopelessness Theory of depression) ของ Abramson, Metalsky, and Alloy (1989) ที่ได้อธิบายว่า บุคคลที่มีมุมมองเชิงเหตุผลต่อเหตุการณ์เครียดในชีวิตด้านลบ จะตีความเหตุการณ์นั้นไปในทางลบจะส่งผลให้เกิดความสิ้นหวัง โดยเฉพาะมุมมองเชิงเหตุผลต่อเหตุการณ์ด้านลบ นั้น เป็นไปอย่างคงที่ ไม่ว่าจะเหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นอย่างไร ก็จะมีมุมมองเชิงเหตุผลนั้นเป็นด้านลบเสมอ

#### 4.1.2 การประเมินมุมมองเชิงเหตุผล ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์และผู้วิจัยค้นพบ ดังนี้

1) **แบบประเมินมุมมองเชิงเหตุผล (Attributional Style Questionnaire : ASQ)** สร้างโดย Peterson (1982) ซึ่งมีการใช้เพื่อประเมินเพื่อให้เห็นมุมมองเชิงเหตุผลและสะท้อนบุคลิกภาพ ในนักเรียน มีค่าความเที่ยง Reliability.97 แบบประเมินนี้มีการประเมินเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิต จำนวน 12 เหตุการณ์แบ่งเป็นเหตุการณ์ที่ผลลัพธ์บวก จำนวน 6 ข้อ และเหตุการณ์ที่มีผลลัพธ์ลบจำนวน 6 ข้อ โดยข้อคำถามจะถามถึงสาเหตุที่แท้จริง ของเหตุการณ์นั้นและมีผลลัพธ์ (Outcome) เป็นสิ่งดีหรือไม่ดี เกิดจากสิ่งภายนอกตนเอง หรือเกิดขึ้นจากสิ่งภายในตนเอง โดยให้คะแนน ความคิดเห็น เป็นแบบ rating scale 1-7 คะแนนในทุกเหตุการณ์ แปลความหมายระดับคะแนน ดังนี้ถ้าคะแนนเหตุการณ์ “ดี” มากกว่า หมายความว่า มุมมองเชิงเหตุผลด้านบวกถ้าคะแนนเหตุการณ์ “ไม่ดี” มากกว่าหมายความว่า มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ

2) **แบบประเมินมุมมองเชิงเหตุผลฉบับเพิ่มเติมปรับปรุง (Extended Attributional Style Questionnaire: EASQ)** พัฒนาโดย Metalsky (1987) เพื่อนำมาใช้ในการประเมินมุมมอง เชิงเหตุผล ซึ่งมีการนำไปใช้ในกลุ่มนักศึกษาจิตวิทยาที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบบประเมินนี้มีการปรับปรุงคำถามโดยปรับรูปแบบของแบบประเมินเพื่อให้คำตอบสามารถบอกสาเหตุที่แท้จริงได้ชัดเจนขึ้น โดยกำหนดเหตุการณ์ และให้ระบุสาเหตุที่แท้จริงแบ่งสาเหตุนั้นออกเป็น 3 มิติ ตอบคำถามเกี่ยวกับสาเหตุนั้นโดยให้คะแนนในระดับ 0-7 เป็นแบบประเมินที่มีการประเมินเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ โดยจำนวน 12 เหตุการณ์ แบ่งเป็นเหตุการณ์ที่มีผลลัพธ์เป็นบวก จำนวน 6 ข้อ และเหตุการณ์ที่มีผลลัพธ์เป็นลบจำนวน 6 ข้อ ของ Peterson (1982) เป็นการให้คะแนนแบบ rating scale 1-7 คะแนน

แปลความหมายระดับคะแนนในแต่ละเหตุการณ์ ผลคะแนนของจำนวนเหตุการณ์ ที่มีมุมมองเป็นบวกมาก แปลความว่า มุมมองเชิงเหตุผลด้านบวก ผลคะแนนของจำนวนเหตุการณ์ ที่มีมุมมองเป็นลบมาก แปลความว่า มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ

**3) แบบประเมินมุมมองเชิงเหตุผลปรับปรุงใหม่ (New Attributional Style Questionnaire: New ASQ)** ซึ่งปรับปรุงโดย Dykema J. (1996) มีจำนวน 12 ข้อ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบซึ่งพัฒนาจากแบบประเมินของ Peterson (1982) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ให้เหมาะสมกับบุคคลทั่วไปมีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ใหญ่ บุคคลที่มีประสบการณ์ในชีวิต การทำงาน เพื่อประเมินมุมมองเชิงเหตุผลต่อเหตุการณ์นั้นๆ มีการปรับสถานการณ์ให้ง่ายขึ้นต่อบุคคลทั่วไป มีค่าความเที่ยง .70 เพื่อสะท้อนลักษณะมุมมองของบุคคลตามประสบการณ์ เป็นแบบประเมินที่มีการประเมินเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบจำนวน 12 เหตุการณ์ โดยมีสถานการณ์คำถามเชิงลบจำนวน 12 ข้อแล้วให้ตอบสาเหตุหลัก และตอบสองคำถามเกี่ยวกับสาเหตุหลัก ผลกระทบต่อคุณ และผลที่เกิดขึ้นต่อด้านอื่นๆ โดยตอบตามความถี่ ระดับความคิดเห็นแบบ rating scale มี 7 ระดับ และแปลความหมายของแบบประเมิน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยของสองคำถาม มากกว่าหรือเท่ากับ 0 ความหมาย มีมุมมองเชิงเหตุผลด้านบวก

คะแนนเฉลี่ยของสองคำถาม น้อยกว่า 0 ความหมาย มีมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินมุมมองเชิงเหตุผลปรับปรุงใหม่ (New Attributional Style Questionnaire: New ASQ) ซึ่งปรับปรุงโดย Dykema J. (1996) มีจำนวน 12 ข้อ มาใช้ประเมินมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ด้วยเหตุผลเพราะแบบประเมินนี้มีสถานการณ์ที่เป็นลบทุกข้อ และมีความเหมาะสมกับการใช้ในกลุ่มผู้ใหญ่และมีแนวโน้มเหมาะสมต่อวัยสูงอายุ ที่มีการดำเนินชีวิต และการทำงาน ที่สามารถผลกระทบและสะท้อนมุมมองได้

## 4.2 ความสามารถในการทำหน้าที่ (Physical Function)

### 4.2.1 ความหมายความสามารถในการทำหน้าที่

เบญญาภา พรหมชุก (2556) ได้ให้ความหมายของความสามารถในการทำหน้าที่ร่างกาย หมายถึง ความสามารถที่บุคคลสามารถทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้ ทั้งการทำกิจวัตรประจำวัน และการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนได้

Leidy (2008) ได้กล่าวถึงความสามารถในการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในช่วงเวลาปกติของชีวิตเพื่อสนองตอบความต้องการขั้นพื้นฐาน เดิมเต็มบทบาทและคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี

Jette & Davies (1996) ได้อธิบายว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย หมายถึง การทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การเคลื่อนไหวร่างกาย การเดิน เป็นต้น

สรุปได้ว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือตนเองในบ้าน การเคลื่อนไหว ความสามารถในการเดินทาง ที่มีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

จากการศึกษาของ Devellis (1992) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสิ้นหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะ ซึมเศร้าโรคข้ออักเสบเรื้อรังพบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง ( $r=0.46, p<0.001$ ) (DeVellis, 1992) ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ ได้เต็มความสามารถเหมาะสม ก็จะส่งผลให้เกิดความแข็งแรงต่อร่างกายและจิตใจ มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความสิ้นหวังได้น้อย แต่ถ้าความสามารถในการทำหน้าที่ไม่ดี ไม่เหมาะสม ก็จะส่งผลต่อความสิ้นหวังมาก

ในการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ (สายพิน ยอดกุล, 2555) ซึ่งได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และถ้าเกิดขึ้นแล้วนั้น ผู้สูงอายุที่ป่วยจะมีแนวโน้มสู่ความสิ้นหวัง ซึ่งพบว่ายังมีปัญหาความสิ้นหวังอยู่ในระดับน้อยถึงมาก (นิชา สมานทรัพย์, 2554) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาตัวแปร ความสามารถในการทำหน้าที่ ที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง

#### 4.2.2 การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ มีการศึกษาที่ผู้วิจัยค้นพบ ดังนี้

1) **แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ** (Activity of Daily living: ADL) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) ได้มีการประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพ และมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย โดยใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง คะแนนช่วง 5 – 11 คะแนน ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ หรือ ทูพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) อยู่ในช่วง 0 -4 คะแนน

2) **แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ** (Late-life Function Instrument ) พัฒนาโดย Jette, Haley and kooyoomjin (2002) ตามแนวคิดของ Nagi, 1999 โดยแบบประเมินเป็นการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (function) และนำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) ซึ่งแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินสำหรับการ

ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความสามารถในการแต่งตัว ความสามารถในการเคลื่อนไหว ซึ่งได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้ค่าความเที่ยง .81 ซึ่งมีจำนวน 32 ข้อ โดยมีมาตรฐานส่วนประมาณค่า จำนวน 5 ระดับ ให้คะแนนตรงกับความสามารถของตนเอง 1-5 ดังนี้

- คะแนน 1 หมายถึง ไม่ความสามารถทำได้
- คะแนน 2 หมายถึง ความสามารถทำได้เล็กน้อย
- คะแนน 3 หมายถึง ความสามารถทำได้ปานกลาง
- คะแนน 4 หมายถึง ความสามารถทำได้ดี
- คะแนน 5 หมายถึง ความสามารถทำได้ดีมาก

การแปลผลคะแนน คิดจากคะแนนรวมทั้งหมด คะแนนรวมยิ่งมากหมายถึงระดับความสามารถในการทำหน้าที่สูง

### 3) แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Function Ability)

ซึ่ง ขนิษฐา รักษาเคน ได้ประยุกต์มาจากแบบประเมินดัชนีบาร์เทล ฉบับภาษาไทย (Thai version of the Barthel Index) ประกอบด้วยการประเมิน 9 กิจกรรม ได้แก่การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การเดิน การแต่งตัว การอาบน้ำ เช็ดตัว สุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน การควบคุมการถ่ายอุจจาระและการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ (ขนิษฐา สาระเคน, 2557) แบบประเมินนี้มี 10 ข้อ มีคะแนนรวมทั้งตั้งแต่ 0 – 36 คะแนน คะแนนที่ต่ำแสดงว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายน้อยกว่าคะแนนที่สูง และมีค่าความเที่ยง .88 ซึ่งได้มีการใช้ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ (Late-life Function Instrument) ที่นำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) ด้วยเหตุผลที่แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่เหมาะสมสำหรับการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุได้ละเอียดครอบคลุมกิจกรรม และการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน และสามารถนำมาใช้ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ ทั้งนี้แบบประเมินเคยถูกนำมาใช้ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่า มีค่าความเที่ยง .81

## 4.3 ความสามารถในการแก้ปัญหา (Problem Solving Skill)

### 4.3.1 ความหมายความสามารถในการแก้ปัญหา

Dewey (1913) อธิบายถึง การแก้ปัญหา ว่าเป็นการสะท้อนการคิด, การสืบเสาะหาความรู้ และเจตคติทางวิทยาศาสตร์ที่ใช้ในการแก้ปัญหา และสามารถสลับกันไปมาได้

D'zurilla (2007) การแก้ปัญหา หมายถึง ทักษะในการคิดและตัดสินใจอย่างมีเหตุผล โดยการรับรู้ปัญหา วางแผนแก้ปัญหาและตรวจสอบผลดีผลกระทบบของการแก้ปัญหาได้

Heppner (1988) ความสามารถในการแก้ปัญหา หมายถึง ทักษะการคิดวิเคราะห์ อย่างมีเหตุผล ที่จะแสดงให้เห็นถึงการปรับตัวเมื่อเผชิญปัญหา หรือสถานการณ์ที่ไม่ได้วางแผน

Shulman & Keislar (1966) อธิบายว่า การพัฒนาและการเรียนรู้ใหม่ ด้วยกระบวนการกำหนดปัญหาหรือหนทางการแก้ปัญหา การสืบค้นข้อมูล และการตัดสินใจในปัญหานั้นๆ เป็นลักษณะเฉพาะหรือพฤติกรรมเฉพาะ ของแต่ละบุคคลที่จะใช้ในการแก้ปัญหาแต่ละอย่าง แต่ละสถานการณ์ ทักษะกระบวนการนี้เป็นความพยายามให้เหตุผล ในการช่วยส่งเสริมให้ทักษะการแก้ปัญหาสูงขึ้น

สรุป ความสามารถในการแก้ปัญหา (Problem Solving skills) หมายถึง ความสามารถของบุคคล ในการคิดและตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ยอมรับปัญหาตามความจริงและปรับตัวภายใต้ข้อจำกัดเมื่อเผชิญปัญหา หรือสถานการณ์ที่ไม่ได้วางแผนไว้ด้วยวิธีการแนวคิด และแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสมที่เหมาะสม

จากการศึกษาของ Cannon(1999) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้ทำการศึกษา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกพบว่า ความสามารถในการแก้ปัญหามีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.38, p<.0001$ ) และสามารถร่วมกับทัศนคติ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าทำนายความสิ้นหวังได้ ( $R^2 = 0.45, p<.0001$ ) (Cannon, 1999) ซึ่งความสามารถในการแก้ปัญหานั้น จะเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถสร้างความเชื่อมั่นต่อการเผชิญปัญหา และการปรับตัวได้ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุที่มีความเชื่อมั่นในความสำเร็จของตนเองลดลง นั่นหมายถึงหากผู้ป่วยสูงอายุมีความสามารถในการแก้ปัญหาที่ดี ก็ย่อมมองหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา หรือฝ่าฟัน เผชิญอุปสรรคด้านลบต่างๆ ได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งสอดคล้องกับ สรุปได้ว่า ความสามารถในการแก้ปัญหามีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับการเจ็บป่วยทางกาย

**4.3.2 การประเมินความสามารถในการแก้ปัญหา** ที่ผู้วิจัยค้นพบหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่

**1) แบบประเมินการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory-PSI)** สร้างขึ้นโดย Paul Heppner (1988) ซึ่งทำการแปลโดย เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา (2543) โดยมีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) แบบแอลฟา (Alpha reliability coefficient) ระหว่าง .72 ถึง .85 ลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก (positive items) และข้อคำถามเชิงลบ (negative items) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบบ retting scale 1-6 คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยบ้าง ไม่เห็นด้วยบางส่วน ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามเชิงบวก และให้คะแนนตรงข้ามในข้อคำถามเชิงลบ กำหนดค่าการให้คะแนน



เป็น 1, 2, 3, 4, 5 และ 6 ตามลำดับ ในกลุ่มข้อความเชิงบวก และให้คะแนนตรงกันข้าม (convert score) ในกลุ่มข้อความเชิงลบ การแปลผลนั้นคะแนนรวมที่ต่ำหมายถึงความสามารถในการแก้ปัญหาที่ต่ำกว่าคะแนนรวมสูง

**2) แบบวัดการแก้ปัญหา (problem solving inventory: PSI) สุวดี ศรีวิเศษ (2556)** พัฒนาขึ้นตามกรอบ แนวคิดของ D'Zurilla นำไปใช้กับผู้ป่วย ที่มารับการรักษาภาวะซึมเศร้า และพยายามฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ ค่า สัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.86 แบบประเมินมี 23 ข้อ เป็นแบบวัดทักษะในการ แก้ปัญหาโดยมีมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4 คะแนน เห็นด้วย = 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย = 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน ข้อคำถามที่เป็นบวกมี 13 ข้อ ข้อคำถามที่ เป็นลบให้ คะแนนกลับกันมี 10 ข้อ การแปลผลโดย รวมคะแนนทุกข้อ คะแนนยิ่งมากแสดงถึงทักษะการ แก้ปัญหาที่ดีขึ้น (สุวดี ศรีวิเศษ, 2556)

**3) แบบสอบถามความสามารถในการเผชิญปัญหาและฟื้นฝ่าอุปสรรค** เป็นการ สอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหา ตามกรอบแนวคิดของ คุกและ เฮปป์เนอร์ (Cook & Heppner) โดยปาสินี แซ่ตัว (2556) พัฒนาจากแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญ ความเครียด ของ ครองคณา สีขาว เป็นข้อคำถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มี องค์ประกอบ 6 ด้าน จำนวน 14 ข้อประกอบด้วย การลงมือเผชิญปัญหา การวางแผน การระงับ กิจกรรมอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง การควบคุมการเผชิญปัญหา การตีความหมายในทางบวกและเติบโตและ การยอมรับ มีค่าความเที่ยง .86 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์ การให้คะแนนดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50 ขึ้นไปหมายถึง ระดับสูงมาก และคะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 1.50 หมายถึง ระดับต่ำมาก

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบวัดการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory-PSI) ที่สุวดี ศรีวิเศษ (2556) ด้วยเหตุผลที่แบบประเมินนี้ พัฒนาขึ้นตามกรอบ แนวคิด ของ D'Zurilla ซึ่งสามารถประเมิน การรับรู้ปัญหา การเข้าใจปัญหา และการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ตรงตามตัวแปรต้นที่นำมาศึกษา และในแบบประเมินนี้มีการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและ การฆ่าตัวตายแล้ว

#### 4.4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self Esteem)

##### 4.4.1 ความหมายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Coopersmith (1981) ให้ความหมายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่า เป็นการรับรู้ คุณค่าของบุคคล แสดงออกในการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง เห็นความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จและความมีพลังอำนาจแห่งตนเอง

Rosenberg (1979) ให้ความหมาย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ว่าเป็นความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับตนเอง การเห็นคุณค่า การยอมรับ และนับถือตนเอง ความเชื่อมั่นและความสำคัญในตนเอง สามารถเปลี่ยนแปลงได้

Maslow (1970) ความรู้สึกภายในของบุคคล ที่มีต่อความเชื่อมั่นในตนเอง การรู้สึกถึงคุณค่าและความสำคัญ การรับรู้บทบาทและพึ่งพาตนเองได้ และความต้องการการยอมรับจากสังคมซึ่งเหล่านี้อาจไม่ได้ติดตัวมาแต่สามารถพัฒนาขึ้นได้

สรุปได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึงความรู้สึกภายในที่มีต่อตนเอง การเห็นคุณค่า การยอมรับนับถือตนเอง ความเชื่อมั่นและความสำคัญในตนเอง รวมทั้งการได้รับการยอมรับจากผู้อื่นซึ่งเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลาและวุฒิภาวะ

จากการศึกษาของ นิษา สมานทรัพย์ เกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ( $r = -.58, p < .01$ ) (นิษา สมานทรัพย์, 2554) สอดคล้องกับการการศึกษา ของ Dunn (2005) ที่ได้ศึกษาความสิ้นหวังในการเจ็บป่วยทางกายกับความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้าพบว่า เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยทางกายจะทำให้เกิดความรู้สึก ด้านลบต่อความคาดหวังในอนาคต ซึ่งความรู้สึกด้านลบนั้นจะมีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ ที่จะเปลี่ยนตามวุฒิภาวะและกาลเวลา ถ้ามีความแข็งแรงทางร่างกาย พึ่งพาตนเองได้ ก็จะส่งผลดีให้ตนเองรู้สึกดีไปด้วย

**4.4.2 การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่ผู้วิจัยค้นพบหลักฐานเชิงประจักษ์ได้แก่**

**1) แบบประเมินความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ** ซึ่งประยุกต์มาจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท (1984) (Coopersmith Self - esteem Inventory Adult form) โดย ปริญญา โตมานะ (2548) ได้ปรับปรุงมาใช้ในการศึกษาความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งแบบประเมินนี้ประกอบด้วย ข้อมูลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การให้ความช่วยเหลือและรับความช่วยเหลือจากบุตรหลานหรือญาติและเพื่อน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้ป่วยของผู้สูงอายุกับบุตร หลานหรือญาติและเพื่อน กำหนดเกณฑ์ การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามเป็น 4 ระดับ และกำหนดค่าคะแนนคำตอบจากน้อยที่สุดถึงมากที่สุดเป็น 1, 2, 3 และ 4 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.80 (ปริญญา โตมานะ, 2548)

**2) แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง** เป็นแบบสอบถามภาษาไทยโดยเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ ตามแนวคิดของ Rosenberg's self Esteem เป็นผู้พัฒนาขึ้น ใช้ในผู้สูงอายุ (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529) ซึ่งใช้ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อมั่น และมุ่งมั่นในการปรับตัวทางสังคม มีค่าความเที่ยง .87 จำนวน

ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 5 ข้อ การตอบคำถามตามความคิดเห็นเลือกตามความถี่ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนความคิดเห็น 1-4 และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนความคิดเห็นในทางตรงกันข้าม เป็นมาตรฐาน (Rating scale) 4 ระดับ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้ แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นแบบสอบถามภาษาไทยโดย เยาวลักษณ์ มหาสริทธิวัฒน์ ตามแนวคิดของ Rosenberg's self Esteem (เยาวลักษณ์ มหาสริทธิวัฒน์, 2529) เพราะเป็นแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งได้มีการนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และข้อคำถามมีจำนวนเหมาะสม และตรงกับตัวแปรที่นำมาศึกษา

#### 4.5 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

##### 4.5.1 ความหมายการสนับสนุนทางสังคม

House (1985) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับ ได้รับในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ จากผู้ให้การสนับสนุนอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ (House, 1985 อ้างถึงใน สรวงศ์ภูณัฏ ดวงคำสวัสดิ์, 2539)

Caplan (1976) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่คุณค่าได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

Cobb (1976) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัตถุประสงค์ และการรับรู้ด้านข้อมูล ว่าตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจที่ทำได้ด้วยตัวบุคคล ครอบครัว องค์กร ในการสนับสนุนช่วยเหลือต่างๆ ให้กับผู้ป่วย

**แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม** โดยปกติกลุ่มสังคม จัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ (House 1981 ,อ้างใน นิษา สมานทรัพย์, 2554) ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

จากการศึกษาของ นิษา สมานทรัพย์ เกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ( $r=-.48, p<.01$ ) (นิษา สมานทรัพย์, 2554)

**4.5.2 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม** ที่ผู้วิจัยค้นพบหลักฐานเชิงประจักษ์ได้แก่

**1) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม** (The personal resource questionnaire PRQ 85 Part II) ซึ่งขนาด วรรณพรศิริ นำมาแปลเป็นภาษาไทย สร้างขึ้นโดย Brandt and Weinert (ขนาด วรรณพรศิริ, 2535) ซึ่งมีค่าความเที่ยง .93 มีทั้งหมด 25 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้รับการยอมรับในคุณค่าแห่งตน และ ด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำที่เหมาะสม ข้อคำถาม 25 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 19 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 6 ข้อ เป็นการสอบถามความคิดเห็นที่ให้เลือกตอบตามความถี่ เป็นมาตราส่วน (Rating Scale) 7 ระดับ ซึ่งมีผู้วิจัยได้นำมาใช้หลากหลายทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพ

**2) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมตามความคิดของ คอบบ์** (Cobb) สร้างโดย Kaplan เป็นการวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจง มีความกว้าง และวัดได้เฉพาะปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้น ไม่สามารถบอกถึงเครือข่ายทางสังคม ซึ่งแบบประเมินนี้ เป็นการสมมติสถานการณ์ให้ ทั้งหมด 16 สถานการณ์ มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ และนำคะแนนมาคิดรวมกันทุกสถานการณ์ (Turner, 1981 อ้างถึงใน นิษา สมานทรัพย์, 2554)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The personal resource questionnaire PRQ 85 Part II) ซึ่งขนาด วรรณพรศิริ นำมาแปลเป็นภาษาไทยสร้างขึ้น ซึ่งมีค่าความเที่ยง .93 มีทั้งหมด 25 ข้อ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยเหตุผลที่แบบประเมินนี้ได้ถูกนำมาใช้ในศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธ์ภาพของครอบครัว ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย รวมถึงแบบประเมินนี้ยังสามารถประเมินได้ตรงกับตัวแปรที่นำมาศึกษาในด้านการได้รับการยอมรับ และการช่วยเหลือ ซึ่งมีความเหมาะสมต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

## 4.6 ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Depression severity)

### 4.6.1 ความหมายความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะแปรปรวนในด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ และร่างกาย โดยจะมีอาการเศร้า หดหู่ มีความคิดด้านลบต่อตนเองตำหนิตนเอง

รู้สึกว่าคุณเองไร้ค่า ท้อแท้หมดหวัง แยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำ กิจกรรมต่างๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุก เพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก โดยมีระดับความรุนแรงและระยะเวลาต่อเนื่องยาวนานจนเกิดผลกระทบทางคำพูด ความคิด พฤติกรรมและร่างกายของผู้ป่วย ตลอดจนเกิดผลกระทบต่อชีวิตประจำวันรวมทั้งหน้าที่การงานและสังคม

สมภพ เรื่องตระกูล (2548) อธิบายความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า คือ อาการเบื่อหน่ายมีอารมณ์เศร้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง และไม่มีสมาธิ มีระดับความซึมเศร้าที่แตกต่างกัน

**ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า** (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

แบ่งตามการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับปกติตามสถานการณ์ (Transient depression) มีอารมณ์เศร้าใจ เมื่อเจอสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน หรือเกิดขึ้นหลังจากรู้สึกผิด และรู้สึกไม่สมปรารถนา มีความเหน็ดเหนื่อย หรืออาจร้องไห้ เกิดขึ้นได้และหายได้เองอย่างรวดเร็ว

ระดับเล็กน้อย (Mild depression) มีอารมณ์ไม่แจ่มใส ไม่มีความสดชื่น เบิกบาน มีอารมณ์เศร้า หรือรู้สึกเหงาเป็นบางครั้ง การนอนลดลง อาจหลับยาก หรือตื่นก่อนเวลาปกติ มีความคิดเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ต้องการความช่วยเหลือและเอาใจใส่

ระดับปานกลาง (Moderate depression) มีอารมณ์เศร้ารุนแรงขึ้น มีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัวและการทำงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ อาจไม่ราบรื่นหรือสมบูรณ์ รู้สึกไม่มีความสุข เกิดความเบื่อหน่าย อ่อนเพลีย ดำเนินตนเอง หงุดหงิด ร้องไห้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และอาจนอนไม่หลับ หรือหลับๆตื่นๆ

ระดับรุนแรง (Severe depression) มีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา ไร้ค่า มองตนเองด้านลบ แยกตัว ขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ การคิดและตัดสินใจแย่งลง แม้ในเรื่องง่ายๆ ไม่สนใจดูแลตนเอง อาจนั่งในท่าเดิมนานๆ หรือกระวนกระวายไม่อยู่สุข นอนน้อยลง หรือไม่นอนอ่อนเพลียมาก หากไม่ได้รับการดูแล อาจนำไปสู่อาการทางจิต ไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง

สรุปได้ว่า ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า หมายถึงระดับความรุนแรงของอารมณ์ทางด้านลบที่จะมองตนเองในแง่ร้าย ไร้ค่า ไม่สามารถอยู่ในสถานการณ์เลวร้ายได้ แสดงอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ เกิดขึ้นกลับไปกลับมาได้ มีระดับแตกต่างกัน น้อย ปานกลาง รุนแรง ทั้งนี้การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าอาจมีความต่างกันขึ้นอยู่กับแบบประเมินที่ใช้

การศึกษาของ Cannon (1999) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 138 คน พบว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง ( $r=-.21, p<.001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิชา สมานทรัพย์ ที่ศึกษาความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ กล่าวคือ ภาวะซึมเศร้าในระดับมาก จะสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในระดับมาก และในการศึกษาของ DeVellis (1992) ได้กล่าวถึง ความสิ้นหวังที่มีในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กัน สรุปได้ว่า ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย

**4.6.2 การประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า** ที่ผู้วิจัยค้นพบหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่

**1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคฉบับภาษาไทย** (Thai Version of the Beck Depression Inventory: BDI) ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และเป็นอาการทางกาย 6 ข้อ ซึ่งคำถามทั้งหมดได้ประเมินเกี่ยวกับอารมณ์ซึมเศร้า การมองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกล้มเหลว การขาดความพึงพอใจ ความรู้สึกกังวล ความรู้สึกหงุดหงิด การรู้สึกตัวออกจากสังคม การรู้สึกว่าตนเองผิดความคิดฆ่าตัวตาย การร้องไห้ ความหงุดหงิด การปลีกตัวออกจากสังคม การไม่กล้าตัดสินใจ ความรู้สึกว่าร่างกายเปลี่ยนแปลงการทำงานถดถอย การนอนไม่หลับ ความอ่อนล้า การเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ความกังวลสุขภาพ ความสนใจทางเพศลดลง ซึ่งเป็นการสอบถามในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ การให้คะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 63 คะแนนและเครื่องมือนี้มีค่าความเที่ยง (Reliability) จากการหาค่าคงที่ตรงภายในโดยใช้ Split-half Reliability เท่ากับ .94 วิธี Test-Retest เท่ากับ .74 และมีค่าความคงที่ภายใน (Internal Consistency) เท่ากับ .91 (ชนิษฐา รักษาเคน, 2557) ซึ่งมีผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติให้ความสนใจ และเลือกใช้เป็นอย่างมาก การแปลความหมายของคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับภาวะซึมเศร้าวระดับคนปกติ ภาวะซึมเศร้าวระดับน้อย ภาวะซึมเศร้าวระดับปานกลางภาวะซึมเศร้าวระดับมาก และภาวะซึมเศร้าวระดับรุนแรง

**2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของ Zung** (Zung Self Rating Depression scale : SDS) แปลเป็นฉบับไทยโดย นันทิกา ทวิชาชาติและคณะ เพื่อประเมินความสมดุลด้านอารมณ์ (affect disturbance) ด้านร่างกาย (physiological disturbance) ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานร่างกาย (psychomotor disturbance) และด้านจิตใจ (psychological disturbance) แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามระดับความรุนแรงของอาการเป็น 4 ระดับสำหรับ

ประชาชนทั่วไปหรือผู้ป่วยจิตเวชข้อดีคือสามารถวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ข้อจำกัด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

**3) Hamilton Rating scale (HAM-D-17)** ถูกสร้างขึ้นโดย Hamilton (1960) เป็นเครื่องมือที่ถือเป็น gold standard ในการมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถใช้ในการประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า มีความเชื่อมั่นภายในสูงซึ่งแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ ปี 2543 เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าก่อนและภายหลังการบำบัดรักษามีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ มีความแม่นยำสูงและมีข้อคำถามที่มีอาการทางด้านร่างกายด้วยเหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่ต้องรับรักษาในโรงพยาบาลและผู้สูงอายุแบบประเมินนี้ เป็นการเลือกตอบตามคะแนน (Hamilton, 1960)

ระดับคะแนน 0-2      ตอบข้อ 4,5,6,12,13,14

ระดับคะแนน 0-3      ตอบข้อ 16,17

ระดับคะแนน 0-4      ตอบข้อ 1,2,3,7,8,9,10,11,15

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

คะแนน            0-7            ไม่มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

คะแนน            8-12           ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

คะแนน            13-17           ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

คะแนน            18-29           ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

คะแนน            30 ขึ้นไป       ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงที่สุด

**4) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale-TGDS)** สร้างโดย Yasavage et al. (1978) ปรับปรุงและพัฒนาขึ้นในปีพ.ศ. 2537 ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย อรวรรณ ลีทองอินทร์ (2533) เครื่องมือนี้ได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 275 คนทั่วประเทศพบว่ามีความคงที่ภายใน KR 20 เท่ากับ .93 เป็นแบบประเมินตนเอง จำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 10 และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามแบบเลือกตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ค่าคะแนนตั้งแต่ 0-30 การแปลผลคะแนน แบ่งเป็นระดับของภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ไม่มีจนถึงรุนแรง และ อรพิน คำโต (2557) ได้นำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ วิเคราะห์ความเที่ยงด้วย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .833 สอดคล้องกับการศึกษาความสั่นไหวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้นำแบบประเมินนี้ไปใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งมีค่าความเที่ยงของเครื่อง .79 (นิษา สมานทรัพย์, 2554)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

คะแนน 0-12 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า

คะแนน 13 -18 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

คะแนน 19-24 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

คะแนน 25 -30 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้ แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ Hamilton Rating scale (HAMD-17) ถูกสร้างขึ้นโดย Hamilton (1960) เพราะเป็นเครื่องมือที่ดี และถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย รวมถึงใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถใช้ในการประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้าได้เหมาะสม และมีค่าความเชื่อมั่นภายในสูง มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ เหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยผู้สูงอายุ และตรงกับตัวแปรที่นำมาศึกษา

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ในประเทศและต่างประเทศนั้น ยังมีการศึกษาที่ผู้เข้าถึงและค้นพบน้อยมาก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมมีดังนี้

Aloba (2015) ศึกษาความสิ้นหวังในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 35 ของผู้ป่วย ที่มารับการรักษาในคลินิกจิตเวช ประเทศไนจีเรีย โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่เป็นต้นไป โดยการศึกษาพบว่า มีอายุเฉลี่ย 41.39 ปี มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 11 และจากการศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง ได้แก่ ความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า และความสามารถของร่างกาย ( $r=.78$  , $r=.60$  , $r=-.50$  ,  $p<.001$  ตามลำดับ) โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ที่มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในระดับสูงๆ มักมีรูปแบบความคิดฆ่าตัวตายหรือความคิดเกี่ยวกับความตาย และผู้ป่วยที่มีความสามารถของร่างกายที่ดูแลตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นจะยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ จะมีความสิ้นหวังในระดับน้อย

Cannon (1999) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้ทำการศึกษา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 138 คน พบว่า ทัศนคติ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการแก้ปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง ( $r=.42$ ,  $p<.0001$ ,  $r=.21$ ,  $p<.001$ ,  $r=.38$ ,  $p<.0001$  ตามลำดับ) และตัวแปร ทัศนคติ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการแก้ปัญหาสามารถทำนายความสิ้นหวังได้ ( $R^2 = 0.45$ ,  $p<.0001$ ) (Cannon, 1999)

Devellis (1992) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสิ้นหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าโรคข้ออักเสบเรื้อรัง ในส่วนที่ 1 พบว่าภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วย



โรคข้ออักเสบเรื้อรัง และในส่วนที่ 2 ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและป่วยโรคข้ออักเสบเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 57 คน ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โดยศึกษาความสัมพันธ์ของ ความสามารถในการทำหน้าที่ มุมมองเชิงเหตุผล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความสิ้นหวัง ซึ่งพบว่ามี ความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางถึงมาก ( $r=.46, p<.001$  ,  $r=.38, p<.01$ ,  $r=.45, p<.001$  ตามลำดับ) ซึ่งผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ ได้เต็มความสามารถเหมาะสม ก็จะส่งผลให้เกิดความแข็งแรงต่อร่างกายและจิตใจ มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความสิ้นหวังได้น้อย แต่ถ้า ความสามารถในการทำหน้าที่ไม่ดี ไม่เหมาะสม ก็จะส่งผลต่อความสิ้นหวังต่อการเจ็บป่วยทางกายได้ มาก มุมมองเชิงเหตุผลที่ศึกษามี 2 รูปแบบ สามารถอธิบายได้ถึงลักษณะของบุคลิกภาพ ที่มีลักษณะ คงที่ และมีลักษณะสับสน ไม่คงที่ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า มุมมองเชิงผลด้านลบแบบคงที่ มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง (DeVellis, 1992)

Dunn (2005) ศึกษาความสิ้นหวังในการเจ็บป่วยทางกายกับความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า พบว่าเมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยทางกายจะทำให้เกิดความรู้สึกด้านลบต่อความคาดหวังในอนาคต และเกิดความคิดด้านลบต่อการเปลี่ยนแปลงในความเจ็บป่วยทางกาย ส่งผลให้เกิดความสิ้นหวังใน ภาวะซึมเศร้า (Dunn, 2005) สนับสนุนทฤษฎีความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า (Hopelessness Theory of depression) ของ Abramson, Metalsky and Alloy (1989) นอกจากนี้ยังพบว่ามี การศึกษาอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าร่วมกับการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคทางกาย ส่งผลให้อุบัติการณ์ ของโรคซึมเศร้าเพิ่มมากกว่าร้อยละ 43 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีโรคร่วมทางกาย (Stuart and Laraia, 2001) นั่นคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับการเจ็บป่วยทางกาย มีแนวโน้มสู่ความสิ้นหวังที่มีความรุนแรงมากขึ้น

Joiner (2001) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของ รูปแบบมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ กับความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า และ การเกิดภาวะซึมเศร้า ได้ทำการศึกษาในนักศึกษาจิตวิทยาที่กำลังศึกษาใน มหาวิทยาลัยซึ่งผลพบว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นชนิดหนึ่งของความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า และ พบว่า รูปแบบมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง อธิบายได้ว่า เมื่อมีเหตุการณ์ เชิงลบในชีวิต บุคคลที่มีรูปแบบมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ จะตีความและคาดการณ์ผลลัพธ์ในอนาคต ที่จะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ ส่งผลทำให้ความสิ้นหวังอยู่ในระดับมากไปด้วย ซึ่งเป็น ความสัมพันธ์ทางบวก และ Joiner Jr.(2001)ยังพบว่ารูปแบบมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ สนับสนุน ทฤษฎีความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า ( Hopelessness Theory of depression ) ของ Abramson, Metalsky and Alloy (1989) ผลพบว่า รูปแบบมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ มีความสัมพันธ์กับความ สิ้นหวังในภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Mystakidou (2009) ที่ศึกษาความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับการรักษาอาการปวด จากโรคที่เป็น ในกลุ่มอายุผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลเอเธนส์ ประเทศ

กรีซ พบว่า มีอายุเฉลี่ยในการศึกษา 58 ปี โดยผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีระดับความสิ้นหวังอยู่ในระดับในระดับมาก ปานกลาง และน้อย ร้อยละ 35.1 ร้อยละ 20.2 ร้อยละ 9.6 ตามลำดับ และพบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 31.9 นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความสูญเสีย เศร้าโศก มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยมะเร็ง ( $r=.642, p<.0005, r=.539, p<.0005, r=.630, p<.0005$  ตามลำดับ)

นิชา สมานทรัพย์ (2554) ที่ศึกษาความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีความสิ้นหวังระดับมากถึงร้อยละ 32.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 48.7 และระดับเล็กน้อย ร้อยละ 19.2 เห็นได้ว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามี่ความสิ้นหวังตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงระดับมาก ซึ่งความสิ้นหวังนี้ ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง ยังมีโรคทางกายร่วมด้วยจะมีผลต่อการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้น และการศึกษาวิจัยนี้ยังพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง ได้แก่ ประสบการณ์ความเครียดในชีวิตความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ( $r=.20, p<.05, r=-.58, p<.01, r=-.48, p<.01$  ตามลำดับ) และภาวะซึมเศร้ามี่ความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ( $r=.67, p<.01$ ) (นิชา สมานทรัพย์, 2554)

### กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิดความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า (Hopelessness Theory of Depression) ของ Abramson, Metalsky and Alloy (1989) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามี่ร่วมกับโรคทางกาย

จากแนวคิดความสิ้นหวังอธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ด้านลบในชีวิต บุคคลเหล่านี้จะมีการรับรู้เหตุการณ์นั้นในทางลบ และจะคาดการณ์ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในเชิงลบ รวมถึงมองตนเองไม่มีความสามารถในการเผชิญปัญหา รู้สึกไร้ค่า และเกิดข้อจำกัดในการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆให้ดีขึ้น รวมถึงขาดการสนับสนุนทางสังคม ประสบกับสถานการณ์กดดันหรือซึมเศร้า จนนำไปสู่ความสิ้นหวัง

ความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้าเกิดจากสาเหตุปัจจัย 2 ประการ ได้แก่

1. ปัจจัยตรง (Proximal Factor) คือ ลักษณะความแตกต่างส่วนบุคคลที่มีผลต่อความคิดเชิงลบ เช่น ความเชื่อ ทศนคติ การรับรู้ตนเอง บุคลิกส่วนตัว ซึ่งจะทำให้บุคคลคาดการณ์ผลลัพธ์ไปในทางลบ มีความเชื่อว่าตนเองนั้นมีข้อจำกัด ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์หรือแก้ปัญหาที่เผชิญได้ ทำให้มีความคิดเป็นลบ เกิดความรู้สึกด้อยค่าต่อตนเอง รวมถึงการให้เหตุผลที่เป็นลบต่อตนเองอยู่ตลอดเวลา และมองอนาคตข้างหน้าไร้ประโยชน์

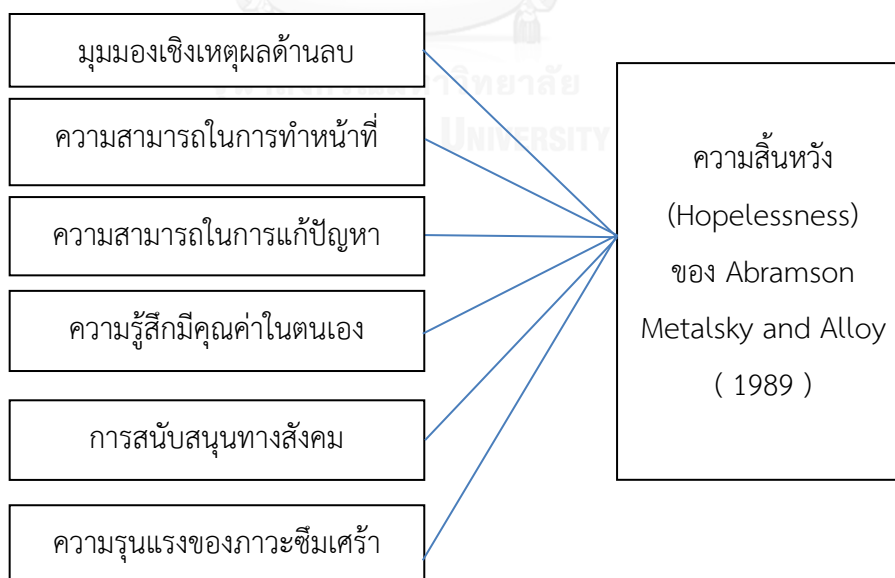
2. ปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยทางอ้อม (Distal Factor) คือ สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง เหตุการณ์เชิงลบ ความคิดที่มีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกด้านลบ และการตอบสนองเหตุการณ์ไปในทางไม่ดี จนเกิดความรู้สึกเศร้า อารมณ์หดหู่ ความท้อแท้ หมดหวัง เช่น การสูญเสียครอบครัว ขาดการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญภัยธรรมชาติที่ไม่ได้ตั้งตัว หรือปัจจัยแวดล้อมอื่นๆที่ส่งผลที่ภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยจึงได้เลือกปัจจัยตามแนวคิด ได้แก่ มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ส่งผลให้เกิดความสิ้นหวังมา ทำการศึกษาในครั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรม Devellis (1992) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสิ้นหวังในผู้ป่วยที่มี ภาวะซึมเศร้าโรคข้ออักเสบเรื้อรัง พบว่าความสามารถในการทำหน้าที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง ( $r=.46, p<.001$ ) และจากการศึกษาของ Cannon (1999) พบว่า ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง ( $r=.21, p<.001, r=.38, p<.0001$ )

ผู้วิจัยจึงได้เลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาศึกษา ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

แล้วได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดทั้งจากแนวคิดทฤษฎีและจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ในการวิจัยดังนี้



### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา มีรูปแบบการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า กับความสัมพันธ์ในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรที่ศึกษา** คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD -10 หรือ DSM IV ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวาน และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกหรือคลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 3 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD -10 หรือ DSM IV ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวาน และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์และผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร และโรงพยาบาลอุทัยธานี

#### เกณฑ์การคัดเลือก

1. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE)
2. สามารถอ่านและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
3. ไม่มีอาการทางจิตร่วมด้วย ขณะให้ความร่วมมือในการทำวิจัยนี้

#### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยสูตร (Thorndike, 1978 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553 ) มีสูตรคำนวณดังนี้

$$n = 10k + 50$$

(n= จำนวนกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา )

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปร จำนวน 7 ตัวแปร ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 120 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 งานวิจัยนี้จึงมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 132 คน

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอาศัยหลักความน่าจะเป็นใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยหลักความน่าจะเป็น (Random sampling) โดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi – stage Random sampling)

2.1 สุ่มจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 3 โดยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ ด้วยการจับฉลากจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 3 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัด กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท ซึ่งผลการสุ่ม ได้ 3 ใน 5 จังหวัด ได้แก่ นครสวรรค์ ชัยนาท และอุทัยธานี

2.2 หลังจากนั้น สุ่มโรงพยาบาลตามประเภทของโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลระดับเขตบริการ 1 แห่ง และ โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง หลังจากนั้นสุ่มเจาะจง โรงพยาบาลระดับเขตบริการ คือ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ และสุ่มด้วยการจับฉลากโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง ที่มีคลินิกจิตเวช ได้โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และโรงพยาบาลอุทัยธานี

2.3 แบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลเนื่องจากประชากรของแต่ละโรงพยาบาลมีไม่เท่ากัน

2.4 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ในแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายুর่วมกับโรคทางกายที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกตามโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2556-2557

โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	ร้อยละ	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	93	50.20	54
โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร	84	39.47	47
โรงพยาบาลอุทัยธานี	73	22.63	31
รวม	240	100	132

2.5 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในแต่ละโรงพยาบาล โดยหมุนเวียนไปตามคลินิกจิตเวช ดังนี้

โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร วันอังคารและวันพุธ เวลา 07.00 -15.00 น.

โรงพยาบาลอุทัยธานี วันพฤหัสบดี และวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ ราชนครินทร์ วันจันทร์ –ศุกร์ เวลา 08.00-16.00 น. ซึ่งใช้วิธีคัดเลือกตามเกณฑ์ ผู้ป่วยที่มารับบริการในแต่ละวัน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาแล้วมาใช้ และได้ทำการแปลภาษาจากเครื่องมือต้นฉบับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้คือ

1. เครื่องมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่แบบทดสอบสภาพสมองเบื่อง (MMSE) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542)

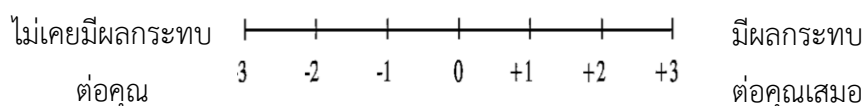
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

**2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นการสอบถามข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ สถานภาพ การศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โรคประจำตัว ทางกาย และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย

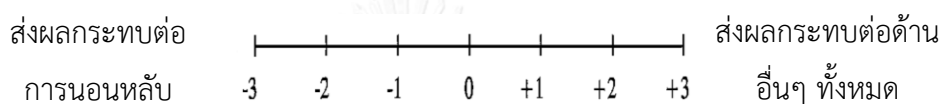
**2.2 แบบประเมินมุมมองเชิงเหตุผล (Attributional Style Questionnaire)** ปรับปรุงโดย Dykema (1996) มี จำนวน 12 ข้อ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ซึ่งพัฒนาจากแบบประเมินของ Peterson (1982) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ให้เหมาะสมกับบุคคลทั่วไปมีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ใหญ่ และบุคคลที่มีประสบการณ์ในการทำงานเพื่อประเมินมุมมองเชิงเหตุผลต่อเหตุการณ์นั้นๆ มีการปรับสถานการณ์ให้ง่ายขึ้นต่อบุคคลทั่วไป มีค่าความเที่ยง  $> .70$  ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจาก Dykema ให้ นำเครื่องมือมาใช้ในการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยได้นำมาแปลและปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในคนไทย ผู้วิจัยได้ทำการแปลภาษาโดยวิธีแปลย้อนกลับ(Back translation) แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย แล้วนำแบบประเมินที่แปลแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของข้อคำถาม และสถานการณ์ และตรวจสอบจากฉบับที่แปลภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ หลังจากนั้น นำต้นฉบับ และฉบับที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ มาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณา ตรวจสอบความแตกต่างของภาษาอังกฤษ และตรวจสอบความถูกต้องของความหมายที่แปลภาษาไทยให้ตรงมากที่สุด ปรับปรุงและแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หลังการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 0.833

แบบประเมินใช้คำถาม โดยมีสถานการณ์คำถามเชิงลบ จำนวน 12 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามให้ตอบสาเหตุหลัก และตอบคำถามย่อย จำนวนสองคำถาม (ข้อ B และ C) เกี่ยวกับ ผลกระทบต่อตนเอง และผลที่เกิดขึ้นต่อด้านอื่นๆ โดยตอบคำถามตามระดับความคิดเห็น ความถี่มี 7 ระดับ ตั้งแต่ -3 ถึง 3 ดังนี้

B.สาเหตุนั้น ส่งผลกระทบต่อคุณอย่างไร



C.สาเหตุนั้น ส่งผลกระทบต่อการนอนหลับหรือส่งผลกระทบต่อด้านอื่นๆ ในชีวิตคุณ



เกณฑ์การแปลความหมายของแบบประเมิน ( Dykema, 1996) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยข้อ B และ C จำนวน 12 ข้อคำถาม มากกว่าหรือเท่ากับ 0 แปลความหมาย มีมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ

คะแนนเฉลี่ยข้อ B และ C จำนวน 12 ข้อคำถาม น้อยกว่า 0 แปลความหมาย มีมุมมองเชิงเหตุผลด้านบวก

### 2.3 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (Late-life Function Instrument )

พัฒนาโดย Jette,Haley and Kooyoomjin (2002) ตามแนวคิดของ Nagi (1999) โดยแบบประเมินเป็นการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (function) และนำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) ซึ่งแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่เหมาะสมสำหรับการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความสามารถในการแต่งตัว ความสามารถในการเคลื่อนไหว ซึ่งได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้ค่าความเที่ยง .81 เมื่อนำแบบประเมินนี้ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบว่า มีค่าเท่ากับ 0.888 ซึ่งมีจำนวน 32 ข้อ โดยมีมาตรฐานประมาณค่า จำนวน 5 ระดับ ให้คะแนนตรงกับความสามารถของตนเองในระดับ 1-5 ดังนี้

คะแนน	1	ไม่ความสามารถทำได้
คะแนน	2	ความสามารถทำได้เล็กน้อย
คะแนน	3	ความสามารถทำได้ปานกลาง
คะแนน	4	ความสามารถทำได้ดี
คะแนน	5	ความสามารถทำได้ดีมาก

เกณฑ์การแปลผลคะแนนของแบบประเมิน (อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ, 2556)ดังนี้

คะแนนรวมสูงสุด 160 คะแนน และคะแนนรวมต่ำสุด 32 คะแนนนำไปเทียบกับตารางประเมินความสามารถของต้นฉบับที่คิดคะแนน 0 -100 ที่แปลเป็นภาษาไทยแล้ว ยกตัวอย่างเช่น A ได้คะแนนรวม 140 เทียบกับตารางประเมินคะแนน (Jette, Haley and Kooyoomjin, 2002 อ้างถึงใน อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ, 2556) ได้เท่ากับ 64.48 คะแนนค่อนข้างดี ซึ่งคะแนนรวมยิ่งสูงแปลความหมายว่ามีความสามารถในการทำหน้าที่ที่ยิ่งดี

**2.4 แบบประเมินการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI )** โดย สุวดี ศรีวิเศษ (2556) พัฒนาขึ้นตามกรอบ แนวคิดของ D'Zurilla นำไปใช้กับผู้ป่วยที่มารับการรักษาภาวะซึมเศร้า และพยายามฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ ค่า สัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.86 ซึ่งเมื่อนำแบบประเมินนี้ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบว่า มีค่าเท่ากับ 0.833 แบบประเมินนี้มีจำนวน 23 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,5,6,11, 12,13,14,15,16,17 และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7,8,9,10,18,19,20,21,22,23 ข้อคำถามเชิงบวก 13 ข้อ ให้คะแนนประมาณค่า 4 ระดับและในข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนตรงข้ามกันมี 10 ข้อ โดยมีมาตราส่วนประมาณค่า ดังนี้

คะแนน	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
คะแนน	2	ไม่เห็นด้วย
คะแนน	3	เห็นด้วย
คะแนน	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การแปลผลคะแนนของแบบประเมิน (สุวดี ศรีวิเศษ, 2556) ดังนี้

คะแนนรวมสูงสุด 92 คะแนนคะแนนรวมยิ่งสูงแปลความหมาย มีทักษะการแก้ปัญหาที่ยิ่งดี

**2.5 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง** เป็นแบบสอบถามตามแนวคิดของ Rosenberg's self Esteem โดย เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ เป็นผู้พัฒนาขึ้น และถูกนำมาใช้กับผู้สูงอายุ ซึ่งใช้ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยง.87 (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529) และเมื่อนำแบบประเมินนี้ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบว่ามีค่าเท่ากับ 0.920 แบบประเมินนี้มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ1, 2, 4, 6, 7 ยกตัวอย่างข้อคำถามเช่น ท่านเป็นคนมีคุณค่าทัดเทียมกับผู้อื่น และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 3, 5, 8, 9, 10 ยกตัวอย่างเช่น ท่านรู้สึกว่าคุณทำอะไรไม่สำเร็จเลย แบบประเมินนี้เลือกตอบตามความคิดเห็น ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 1-4 และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในทางตรงข้ามเป็นมาตราส่วน (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน	1	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
คะแนน	2	เห็นด้วย



คะแนน	3	ไม่เห็นด้วย
คะแนน	4	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
เกณฑ์การแปลผลคะแนนของแบบประเมิน (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529)ดังนี้		
คะแนนรวม	31-40	แปลความหมาย มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย
คะแนนรวม	21-30	แปลความหมาย มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลาง
คะแนนรวม	1-20	แปลความหมาย มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมาก

**2.6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The personal resource questionnaire PRQ 85 Part II)** ซึ่งขนาด วรรณพรศิริ นำมาแปลเป็นภาษาไทย สร้างขึ้นโดย (Brandt and Weinert, 1981 อ้างถึงใน ขนาด วรรณพรศิริ, 2535) ซึ่งมีค่าความเที่ยง .93 เมื่อนำแบบประเมินไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบว่ามีค่าเท่ากับ 0.824 แบบประเมินนี้มีทั้งหมด 25 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้รับการยอมรับในคุณค่าแห่งตน และ ด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำที่เหมาะสม ข้อคำถาม 25 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 19 ข้อ ยกตัวอย่างเช่น ถ้าท่านต้องการช่วยเหลือระยะยาวมีคนพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือท่าน และข้อคำถามเชิงลบ 6 ข้อ ยกตัวอย่างเช่น ไม่มีใครที่ท่านพอบอกได้ว่าท่านรู้สึกอะไร แบบประเมินนี้เป็นการสอบถามความคิดเห็นที่ให้เลือกตอบตามความถี่เป็นมาตราส่วน (Rating Scale) 7 ระดับ การวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ นิษา สนามทรัพย์ นำมาปรับปรุงใช้สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า (นิษา สนามทรัพย์, 2554) ซึ่งมี 25 ข้อ แต่ปรับมาตราส่วน เหลือ 3 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ดังนี้

คะแนน	1	ไม่เห็นด้วย
คะแนน	2	ค่อนข้างเห็นด้วย
คะแนน	3	เห็นด้วย

เกณฑ์การแปลผลคะแนนของแบบประเมิน สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (นิษา สนามทรัพย์, 2554) ดังนี้

คะแนน	25-50	แปลความหมาย การสนับสนุนทางสังคมไม่ดี
คะแนน	51-75	แปลความหมาย การสนับสนุนทางสังคมดี

**2.7 แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Depression Severity)** ผู้วิจัยประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าโดยใช้ แบบประเมิน Hamilton Rating scale (HAM-D 17) ซึ่งแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูลและคณะ นำมาใช้ประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 (กรมสุขภาพจิต, 2554) และเมื่อนำแบบประเมินไป

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่ามีค่าเท่ากับ .906 แบบประเมินมีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ  
 เหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วย แบบประเมินนี้เป็นการเลือกตอบตามคะแนน(Hamilton ,1960)

ระดับคะแนน 0-2            ตอบข้อ 4,5,6,12,13,14

ระดับคะแนน 0-3            ตอบข้อ 16,17

ระดับคะแนน 0-4            ตอบข้อ 1,2,3,7,8,9,10,11,15

เกณฑ์การแปลผลคะแนนของแบบประเมินนี้ ( มาโนช หล่อตระกูลและคณะ, 2539)

คะแนน 0-7                   แปลความหมาย    ไม่มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

คะแนน 8-12                 แปลความหมาย    ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

คะแนน 13-17               แปลความหมาย    ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

คะแนน 18-29               แปลความหมาย    ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

คะแนน 30 ขึ้นไป           แปลความหมาย    ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงที่สุด

**2.8 แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ (Geriatric Hopelessness scale) พัฒนาขึ้น**  
 โดย Fry (1984 ) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดภาวะไร้ประโยชน์ (Theory of Helplessness and Depression) ของ Abramson, Seligman & Teasdale (1978) ซึ่งแนวคิดนี้สามารถใช้ได้ทุกช่วงวัย  
 Fry (1984) จึงพัฒนาต่อเพื่อนำมาใช้ประเมินความสิ้นหวังกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และได้แปลภาษาไทยโดย นิษา สมานทรัพย์ (2554) และนำมาใช้สำหรับ  
 ประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า แบบประเมินมีค่าความเที่ยง .71 และค่าความตรงตาม  
 เนื้อหา .88 ซึ่งครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินนี้ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบว่า มีค่าเท่ากับ  
 0.867 แบบประเมินมีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 16 ข้อ และข้อคำถาม  
 เชิงลบ จำนวน 14 ข้อ

การให้คะแนนมี 2 คำตอบ คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่”

ในข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบ“ใช่” ให้คะแนน 0 คะแนน

ในข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบ“ใช่” ให้คะแนน 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนของแบบประเมิน (นิษา สมานทรัพย์, 2554) นี้

คะแนน 19-30                 แปลความหมาย                   ระดับความสิ้นหวังมาก

คะแนน 11-18                 แปลความหมาย                   ระดับความสิ้นหวังปานกลาง

คะแนน 1-10                 แปลความหมาย                   ระดับความสิ้นหวังน้อย

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จะได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

#### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาข้อความ (Item content) และเนื้อหาของมิติตัวแปร (Domain content) โดยพิจารณาให้ตรงนิยามเชิงปฏิบัติการ แนวคิด และทฤษฎีของตัวแปรนั้นๆ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน โดยให้ความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 ในแต่ละข้อ และหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ตามสูตรดังนี้

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

ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis,1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553)

จากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ดังนี้

#### ตารางที่ 2 แสดงความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ความตรงเชิงเนื้อหา (CVI)
แบบประเมินมุมมองเชิงเหตุผล	.833
แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ	.888
แบบประเมินการแก้ปัญหา	.852
แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.920
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	.824
แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	.906
แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ	.867

ภายหลังการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน นั้น ผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงภาษาภายใต้ข้อเสนอแนะ และคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีการปรับปรุงภาษาของแบบประเมินมุมมองเชิงเหตุผล ดังรายละเอียดนี้

### ตารางที่ 3 การปรับภาษาของข้อคำถามแบบประเมินมุมมองเชิงเหตุผล

สถานการณ์ และข้อคำถามเดิม	สถานการณ์และข้อคำถามใหม่
ข้อ 3 คุณได้รับบาดเจ็บสาหัส	ข้อ 3 คุณมีความเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บรุนแรง
ข้อ 4 คุณไม่สามารถหางานทำได้	ข้อ 4 คุณไม่มีงานทำ(ไม่ได้ประกอบอาชีพ)
ข้อ 6 คุณโดนไล่ออกจากงาน	ข้อ 6 คุณถูกตำหนิในการทำงาน
ข้อ 10 เพื่อนของคุณโกรธคุณมาก	ข้อ 10 เพื่อนหรือญาติโกรธคุณมาก
ข้อ 11 คุณรู้สึกผิดที่คุณทำผิดกฎหมาย	ข้อ 11 คุณรู้สึกผิดที่คุณทำสิ่งที่ผิดกฎหมาย
ข้อ 12 คุณมีปากเสียงที่รุนแรงกับบุคคลในครอบครัว	ข้อ 12 คุณมีเรื่องทะเลาะรุนแรงกับคนในครอบครัว

### การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปขอรับพิจารณาจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท (ได้รับอนุมัติ วันที่ 7 กันยายน 2558) เพื่อไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายในโรงพยาบาลหันคา จังหวัดชัยนาท ที่มีคลินิกจิตเวชอยู่ในบริบทใกล้เคียง โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการอาศัยหลักความน่าจะเป็น ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกประการ จำนวน 30 คน ใช้ระยะเวลาในการทดลองใช้เครื่องประมาณ 2 เดือน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย (วัดเจตคติ ความคิดเห็น) ที่ยอมรับได้ คือ .70 ขึ้นไป (Jacobson, 1988; Burns and Grove อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2553) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมิน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### ตารางที่ 4 แสดงความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ความเที่ยง (Reliability)
แบบประเมินมุมมองเชิงเหตุผล	.867
แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ	.976
แบบประเมินการแก้ปัญหา	.833
แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.849
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	.892
แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	.911
แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ	.801

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

##### 1. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

##### 1.1 ผู้วิจัยขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากโรงพยาบาลดังนี้

- 1.โรงพยาบาลอุทัยธานี ได้รับการอนุมัติ วันที่ 1 ธันวาคม 2558
- 2.โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ได้รับการอนุมัติ วันที่ 9 ธันวาคม 2558
- 3.โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ ได้รับการอนุมัติ

วันที่ 21 ธันวาคม 2558

1.2 ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์เพื่อขอความร่วมมือและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 หลังได้รับอนุญาตให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ ผู้วิจัยนัดหมายผู้รับผิดชอบงานคลินิกจิตเวชของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนต่างๆ และระยะเวลา คุณสมบัติและจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย พร้อมทั้งนัดหมายวันเวลาในการเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล

2. ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2558 ถึง เดือนมีนาคม 2559 จำนวนทั้งสิ้น 3 โรงพยาบาล 132 คน ตามขั้นตอนดังนี้

2.1 ศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายร่วมด้วย

2.2 วันนัดหมายเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มประวัติผู้ป่วยเพื่อยืนยันคุณสมบัติตรงตามกลุ่มตัวอย่าง โดยเบื้องต้น มีเจ้าหน้าที่พยาบาลของโรงพยาบาลให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวก เบื้องต้นให้ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุบางรายไม่มาตามนัด เนื่องจากเดินทางไกล บางรายให้ญาติมารับยาเดิมแทน ซึ่งอาจต้องรอผู้ป่วยตามที่คัดเลือกไว้ จึงเพิ่มจำนวนวันในการเก็บข้อมูล เมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้ความมั่นใจว่าข้อมูลจะเป็นความลับ

2.3 ชี้แจงรายละเอียดในการเข้าร่วมวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถาม เพื่อขอความร่วมมือโดยสมัครใจ และได้รับการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งอธิบายวิธีการตอบคำถาม โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังและให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง (self-report) และผู้วิจัยทำเครื่องหมายลงในแบบสอบถาม จำนวน 149 ข้อ โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 35-50 นาที ต่อคน

2.4 เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย อธิบาย และยกตัวอย่างให้ฟัง

2.5 ในระหว่างการสอบถามข้อมูล หากมีกิจกรรมต้องพบแพทย์ ก็จะให้ได้รับการตรวจก่อนแล้วจึงตอบแบบสอบถามต่อ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครบทุกข้อ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์อีกครั้ง

2.6 กล่าวขอบคุณ กลุ่มตัวอย่างและญาติ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากได้รับการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลที่เป็นของกลุ่มตัวอย่างและได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ได้แก่ การได้รับความเคารพในความเป็นมนุษย์ การปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลในการตอบคำถามเป็นความลับใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร ในระหว่างการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการขอไม่เข้าร่วมวิจัยและขอหยุดการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกกรณี โดยไม่มีผลต่อการรับการรักษาใดๆ และหากพบกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ผู้วิจัยจะหยุดดำเนินการวิจัย และให้การดูแลเบื้องต้น จากนั้นจะส่งพบแพทย์เพื่อรับการรักษาทันที

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบข้อมูล และความสมบูรณ์ครบถ้วน วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ทดสอบการกระจายของข้อมูล โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

**1.วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล** ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ สถานภาพ การศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โรคประจำตัวทางกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคทางกาย โดยวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**2.วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร** ได้แก่ มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation coefficient) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (กัลยา วาณิชบัญชา, 2555) โดยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทดสอบการกระจายของข้อมูล (Test normality) ซึ่งพิจารณาโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Sminov พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ดังรายละเอียดนี้

การกระจายของข้อมูลโดยแบบประเมินมุมมองเชิงเหตุผล แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ แบบวัดการแก้ปัญหา แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุ ได้ค่า sig. เท่ากับ .090 , .200, .066, .060, .200 , .098 และ .068 ตามลำดับ ซึ่งข้อมูลทุกชุดไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะมีค่า sig. มากกว่า .05 จึงหมายความว่าข้อมูลแจกแจงแบบโค้งปกติ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา มีรูปแบบการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า กับความสัมพันธ์ในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**ตอนที่ 1** วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ สถานภาพ การศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โรคประจำตัวทางกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคทางกาย โดยวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ตอนที่ 2** วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ได้แก่ มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า กับความสัมพันธ์ในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สัญลักษณ์ทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

N	หมายถึง	จำนวนประชากร
n	หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{x}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย (Mean)
SD	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
Sig.	หมายถึง	ค่าระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติทดสอบ (significance)
r	หมายถึง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน
p	หมายถึง	ระดับความมีนัยสำคัญ



ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ สถานภาพ การศึกษา ระยะเวลา การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โรคประจำตัวทางกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคทางกาย โดย วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน(n=132 )	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	52	39.4
หญิง	80	60.6
<b>อายุ (<math>\bar{x}</math> = 67.35 ปี, SD =5.54)</b>		
60-64 ปี	44	33.3
65-69 ปี	45	34.1
70-74 ปี	31	23.5
75-79 ปี	7	5.3
80 ปี ขึ้นไป	5	3.8
<b>รายได้</b>		
เพียงพอ	63	47.7
ไม่เพียงพอ	69	52.3
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	62	47.0
โสด	21	15.9
หม้าย	41	31.1
หย่า	1	0.8
แยกกันอยู่	7	5.2
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	12	9.1
ประถมศึกษา	83	62.9
ปวช. หรือ มัธยมศึกษา	15	11.4
ปวส. หรือ อนุปริญญา	7	5.2
ปริญญาตรี	15	11.4
อื่น ๆ		

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 39.4 เพศหญิง ร้อยละ 60.6 อายุเฉลี่ย 67.35 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.65 อยู่ในช่วงอายุ 65-69 ปี มากที่สุดร้อยละ 34.1 รองลงมา คือช่วงอายุ 60-64 ปี ร้อยละ 33.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 47.0 รองลงมา มีสถานภาพหม้าย ร้อยละ 31.1 มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 62.9 รองลงมา มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีและปวช.หรือมัธยมศึกษา ร้อยละ 11.4

**ตารางที่ 6** จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ระยะเวลาการเจ็บป่วย ด้วยโรคซึมเศร้า โรคประจำตัวทางกาย

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=132 )	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (<math>\bar{x}</math> =3.65 ปี, SD=2.44)</b>		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	109	82.6
6-10 ปี	21	15.9
มากกว่า 10 ปี	2	1.5
<b>โรคประจำตัวทางกาย</b>		
โรคความดันโลหิตสูง	97	73.5
โรคเบาหวาน	83	62.9
โรคกระดูกและข้อ	55	41.7
โรคหลอดเลือดหัวใจเช่น ไขมันในหลอดเลือด	33	25.0
โรคหัวใจเช่นโรคหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจตาย	8	6.1
โรคหลอดเลือดสมองเช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต	2	1.5

\*มีโรคทางกายร่วมมากกว่า 1 โรคต่อคน

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเฉลี่ย 3.65 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.44 มีโรคประจำตัวทางกาย ได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและข้อร้อยละ 73.5 ,ร้อยละ 62.9 และร้อยละ 41.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคทางกาย

ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย	จำนวน(n=132)*	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวทางกาย ( $\bar{x}$ = 2.52 ปี , SD =4.14)		
โรคความดันโลหิตสูง( $\bar{x}$ = 6.06 ปี , SD =4.88)	N=97	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	31	31.9
6-10 ปี	48	49.5
มากกว่า 10 ปี	18	18.6
โรคเบาหวาน( $\bar{x}$ = 5.70 ปี , SD =5.16)	N=83	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	20	24.1
6-10 ปี	44	56.6
มากกว่า 10 ปี	18	20.3
โรคกระดูกและข้อ ( $\bar{x}$ = 1.69 ปี , SD =2.54)	N=55	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	43	78.2
6-10 ปี	12	21.8
มากกว่า 10 ปี	0	0
โรคหลอดเลือดหัวใจ เช่นไขมัน( $\bar{x}$ = 1.43 ปี , SD =3.02)	N=33	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	24	72.7
6-10 ปี	8	24.3
มากกว่า 10 ปี	1	3.0
โรคหัวใจเช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย( $\bar{x}$ = 0.24 ปี , SD =1.09)	N=8	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	6	75.0
6-10 ปี	2	25.0
มากกว่า 10 ปี	0	0
โรคหลอดเลือดสมองเช่น อัมพฤกษ์ ( $\bar{x}$ = 0.05 ปี , SD =0.46)	N=2	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	2	100
6-10 ปี	0	0
มากกว่า 10 ปี	0	0

\*มีโรคทางกายร่วมมากกว่า 1 โรค ต่อคน

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายทุกโรคที่ป่วยเฉลี่ย 2.52 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.14 และพบว่า มีระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคทางกาย 3 ลำดับแรกได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 6.06 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.88 โรคเบาหวานมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 5.70 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.16 และโรคกระดูกและข้อมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 1.69 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.54

**ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ได้แก่ มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย**

**ตารางที่ 8** คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความสามารถในการทำหน้าที่ และความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย

ตัวแปร	Max	Min	$\bar{x}$	SD	แปลผล
มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ (คะแนนรวม -3 ถึง 3 คะแนน)	2.50	-2.38	0.64	0.74	ลบ
ความสามารถในการทำหน้าที่ (คะแนนรวม 0 -100 คะแนน)	77.50	35.73	51.87	25.55	ดี
ความสามารถในการแก้ปัญหา (คะแนนรวม 23-92 คะแนน)	81	36	56.21	8.76	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ สูงสุดเท่ากับ 2.50 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ - 2.38 ( $\bar{x} = 0.64$  ,  $SD = 0.74$  ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ และมีระดับคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ สูงสุดเท่ากับ 77.50 คะแนน ต่ำสุดเท่ากับ 35.73 ( $\bar{x} = 51.87$  ,  $SD = 25.55$  ) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำหน้าที่ค่อนข้างดี และมีระดับคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหา สูงสุด 81 คะแนน คะแนนต่ำสุด 36 คะแนน ( $\bar{x} = 56.21$  ,  $SD = 8.76$  ) ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มทักษะในการแก้ปัญหาปานกลาง

**ตารางที่ 9** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย จำแนกตาม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และความสิ้นหวัง

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	25.90	4.83	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	50.50	9.77	ไม่ดี
ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	14.28	1.07	ปานกลาง
ความสิ้นหวัง	16.06	5.07	ปานกลาง

จากตาราง ที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 25.90$  , SD = 4.83 ) มีการสนับสนุนทางสังคมไม่ดี ( $\bar{x} = 50.50$  , SD = 9.77 ) ค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร่าระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 14.28$  , SD = 1.07 ) และมีค่าเฉลี่ยระดับความสิ้นหวังอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 16.06$  , SD = 5.07 )

**ตารางที่ 10** จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามผลกระทบต่อชีวิตในด้านมุมมองเชิงเหตุผล

ผลกระทบต่อชีวิตในด้านมุมมองเชิงเหตุผล	จำนวน	ร้อยละ
มุมมองเชิงเหตุผลด้านบวก	21	15.9
มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ	111	84.1

จากตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ผลกระทบต่อชีวิตในด้านมุมมองเชิงเหตุผล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 84.1 และมีมุมมองเชิงเหตุผลด้านบวก จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 15.9

**ตารางที่ 11** จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	19	14.4
ระดับปานกลาง	99	75.0
ระดับน้อย	14	10.6

จากตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.0 รองลงมาคือมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับมาก ร้อยละ 14.4 และมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับน้อย ร้อยละ 10.6 ตามลำดับ

**ตารางที่ 12** จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	72	54.5
ระดับไม่ดี	60	45.5

จากตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับดี ร้อยละ 54.5 ( $\bar{x} = 57.75$  คะแนน) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับไม่ดี ร้อยละ 45.5 ( $\bar{x} = 41.86$  คะแนน)

**ตารางที่ 13** จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความรุนแรง	21	15.9
รุนแรงน้อย	33	25.0
รุนแรงปานกลาง	35	26.5
รุนแรงมาก	43	32.6
รุนแรงมากที่สุด	0	0.00

จากตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในระดับมาก ร้อยละ 32.6 รองลงมามีความรุนแรงในระดับปานกลาง ร้อยละ 26.5 มีความรุนแรงในระดับน้อย ร้อยละ 25.0 ไม่มีความรุนแรง ร้อยละ 15.9 ตามลำดับและไม่มีการจัดกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงมากที่สุด

**ตารางที่ 14** จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความสิ้นหวัง

ระดับความสิ้นหวัง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	47	35.6
ระดับปานกลาง	66	50.0
ระดับน้อย	19	14.4

จากตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ระดับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความสิ้นหวังในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 รองลงมา มีระดับความสิ้นหวังในระดับมาก ร้อยละ 35.6 และระดับน้อย ร้อยละ 14.4 ตามลำดับ

**ตารางที่ 15** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย

ตัวแปร	ความสิ้นหวัง		ระดับความสัมพันธ์
	r	p-value	
มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ	.276	.001	ต่ำ
ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ	-.216	.013	ต่ำ
ความสามารถในการแก้ปัญหา	-.517	.000	สูง
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.437	.000	ต่ำ
การสนับสนุนทางสังคม	-.578	.000	สูง
ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	.388	.000	ต่ำ

จากตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย พบว่า ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังในกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p\text{-value} < .05$  ( $r = .388$  ,  $p = .000$  และ  $r = .276$  ,  $p = .001$ ) ตามลำดับ และพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังในกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p\text{-value} < .05$  ( $r = -.578$   $p = .000$  ,  $r = -.517$   $p = .000$  ,  $r = -.437$   $p = .000$  และ  $r = -.216$   $p = .013$ ) ตามลำดับ จากผลวิจัยครั้งนี้พบว่า ความสามารถในการแก้ปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในระดับสูง นั่นคือ หากมีความสามารถในการแก้ปัญหาที่ดีร่วมกับมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะส่งผลต่อการเกิดความสิ้นหวังที่น้อยลง

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา มีรูปแบบการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า กับความสัมพันธ์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร โรงพยาบาลอุทัยธานี และโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ โดยมีวัตถุประสงค์วิจัยดังต่อไปนี้

1. ศึกษาความสัมพันธ์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า กับความสัมพันธ์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD -10 หรือ DSM IV ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวาน และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ และมารับบริการในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร และโรงพยาบาลอุทัยธานี ระหว่างเดือน ธันวาคม 2558 ถึง เดือน มีนาคม 2559

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD -10 หรือ DSM IV ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวาน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์และผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร และโรงพยาบาลอุทัยธานี ที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกในระหว่างเดือน ธันวาคม 2558 ถึงเดือน มีนาคม 2559 จำนวน 132 คน โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 4 เดือน จึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มี 2 ส่วน ประกอบไปด้วย



ส่วนที่ 1 เครื่องมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Questionnaire)

2.2 แบบประเมินมุมมองเชิงเหตุผล (New Attributional Style Questionnaire)

2.3 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (Late-life Function Instrument )

2.4 แบบประเมินการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI )

2.5 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self - esteem Questionnaire)

2.6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The personal resource questionnaire PRQ 85 Part II)

2.7 แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Depression Severity)

2.8 แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ (Geriatric Hopelessness scale)

เครื่องมือในส่วนที่ 2 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหา (ข้อ 2.2 – ข้อ 2.8) ดังนี้ 0.83 , 0.88 , 0.85 , 0.92 , 0.82 , 0.90 และ 0.86 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ที่ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย ที่โรงพยาบาลหันคา จังหวัดชัยนาท จำนวน 30 ราย โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเที่ยง ดังนี้ 0.86 , 0.97 , 0.83 , 0.84 , 0.89 , 0.91 และ 0.80 ตามลำดับ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานได้แก่ อายุ เพศ รายได้ สถานภาพ การศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โรคประจำตัวทางกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคทางกาย

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) ได้แก่ มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2555)

โดยมีสมมติฐานในการวิจัย ดังนี้

1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย

2. มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับโรคทางกาย

### สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับโรคทางกายมีความความสิ้นหวังในอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 50 โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) เท่ากับ 16.06 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.07 ความสิ้นหวังอยู่ระดับมาก ร้อยละ 34.8 และความสิ้นหวังอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 15.2

#### 2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

2.1 มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับโรคทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r=0.276$ ,  $p=0.001$ ) กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับโรคทางกายที่มีมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบจะทำให้เกิดความสิ้นหวังในระดับมาก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

2.2 ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับโรคทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = - 0.216$ ,  $p = 0.013$ ) กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับโรคทางกายที่มีระดับความสามารถในการทำหน้าที่ดีมาก จะทำให้เกิดความสิ้นหวังในระดับน้อย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

2.3 ความสามารถในการแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับโรคทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = - 0.517$ ,  $p = 0.000$ ) กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับโรคทางกายที่มีความสามารถในการแก้ปัญหาดีมาก จะทำให้เกิดความสิ้นหวังในระดับน้อย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

2.4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับโรคทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r=- 0.437$ ,  $p = 0.000$ ) กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับโรคทางกายที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมาก จะทำให้เกิดความสิ้นหวังในระดับน้อย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

2.5 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับโรคทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r=- 0.578$ ,  $p = 0.000$ ) กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับโรคทางกายที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้เกิดความสิ้นหวังในระดับน้อย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

2.6 ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับโรคทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.388$ ,  $p =$

0.000) กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายที่มีรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับมาก จะทำให้เกิดความสิ้นหวังในระดับมาก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlational Research) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ากับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายโดยการอภิปรายผล นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

#### 1. การศึกษาความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย ในกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในโรงพยาบาลชยันนาทเรนทร โรงพยาบาลอุทัยธานี และโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ พบว่า มีความสิ้นหวังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 34.8 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 15.2

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาความสิ้นหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของ นิษา สมานทรัพย์ ( 2554) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช จำนวน 156 คน ที่พบว่ามีความสิ้นหวังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.7 เพราะเป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่อยู่ในบริบทสังคมไทย มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 70 ปี ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยที่มีอายุเฉลี่ย 67.35ปี

นอกจากนั้นผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาความสิ้นหวังในการเจ็บป่วยทางกายของ Dunn (2005) ที่ศึกษาพบว่า บุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางกายจะทำให้เกิดความรู้สึกด้านลบต่อความคาดหวังในอนาคต เกิดความคิดด้านลบต่อการเปลี่ยนแปลงในการเจ็บป่วยทางกาย จึงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในความสิ้นหวัง และภาวะซึมเศร้านั้นจะส่งผลให้โรคทางกายรุนแรงขึ้น รวมถึงส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้ามากถึง 43 เท่า (Stuart and Laraia, 2001) ทำให้มีโอกาสเกิด ความสิ้นหวังที่รุนแรงมากขึ้นตามไปด้วย และการศึกษาความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับกลุ่มโรคหลอดเลือดที่มีอายุเฉลี่ย 63 ปี พบว่า มีความสิ้นหวัง ร้อยละ 14.0 (Pederson, 2007) ยังสอดคล้องกับการศึกษาความสิ้นหวังของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้าของ Mystakidou (2009) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง อายุเฉลี่ย 58 ปี พบว่ามีความสิ้นหวังในระดับมาก ร้อยละ 35.1 และระดับปานกลาง ร้อยละ 20.2

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 132 คน เป็นผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าที่มีอายุเฉลี่ย 67.35 ปี มีโรคทางกายที่นำไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าความเสื่อมตามช่วงวัยในวัยสูงอายุที่มีผลต่อกระบวนการทำงานของสารสื่อประสาท (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557) และปัจจัยทางสังคมของวัยสูงอายุที่อยู่ลำพัง เกษียณจากงาน รวมทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ส่งผลต่อกระบวนการคิดด้านลบ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีที่พึ่งพา และไร้ค่า ในกลุ่มนี้ มักจะโทษตัวเองที่เป็นภาระค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น ทั้งการดูแลตนเอง หรือการรักษาตัวจากโรคที่เป็น บางส่วนมีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และมีความเชื่อในเรื่องบาปกรรม ก็มักจะมองความทุกข์ของตนเองเป็นเรื่องบาปกรรมโดยที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหา หรือสร้างความหวัง และกำลังใจได้ รวมทั้งเกิดความรู้สึกเปรียบเทียบกับคนอื่น ที่สุขสบาย ไม่มีโรคภัย และมีลูกหลานคอยดูแล ไม่ขัดสนเงินทอง จนทำให้ตนเองเกิดความท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ และไม่มีเป้าหมายในชีวิต ซึ่งมีโอกาสนำผู้สูงอายุสู่การดำเนินโรคซึมเศร้า และโรคทางกายที่รุนแรงขึ้นจนนำไปสู่ความสิ้นหวังที่มากขึ้น แต่ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างยังคงเป็นวัยสูงอายุตอนต้นที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ มารับบริการเองได้ และยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคทางกาย จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสิ้นหวังอยู่ในระดับปานกลาง และรองลงมาในระดับมาก

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ากับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย

2.1 มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศราร่วมกับโรคทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ( $r=0.276$ ,  $p = 0.001$ ) กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศราร่วมกับโรคทางกายที่มีมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบจะทำให้เกิดความสิ้นหวังในระดับมาก

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ของรูปแบบมุมมองเชิงเหตุผลเชิงลบกับความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้าที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ ของ Joiner (2001) พบว่ารูปแบบมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวัง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Devillis (1992) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของมุมมองเชิงเหตุผลกับความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ พบว่า มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบแบบคงที่ มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศราร่วมกับโรคทางกายนั้น มองการเจ็บป่วยนั้นเป็นเหตุการณ์ด้านลบในชีวิตที่ต้องเผชิญ (Devillis, 1992) และมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบเป็นปัจจัยตรงภายในตัวบุคคลที่ ทำให้ ติความ และคาดการณ์ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงในอนาคตไปในทางลบด้วย (Abramson, Metalsky and Alloy, 1989) ซึ่งเมื่อ

กล่าวถึงวัยสูงอายุ ความเสื่อม การเจ็บป่วยและความคิดเกี่ยวกับความตายยังคงมีผลต่อจิตใจ เมื่อความรู้สึกด้านลบแบบนี้เกิดขึ้นสม่ำเสมอ ก็จะทำให้เกิด การจดจำ และย้ำคิดย้ำทำว่าจะเกิดผลลัพธ์ในทางที่ไม่ดีส่งผลให้เกิดรูปแบบมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ (Joiner, 2001) เมื่อมีลักษณะเช่นนี้ก็จะแสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดในด้านลบต่อการเจ็บป่วย ส่งผลต่อโรคซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น จนนำไปสู่ความสิ้นหวังที่มากขึ้นไปด้วย (Dunn, 2005) การศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ อาจมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรูปแบบมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ร้อยละ 84.1 แต่ก็นับสนับสนุนได้ว่ามุมมองเชิงเหตุผลด้านลบมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง

2.2 ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับโรคทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r=-0.216$ ,  $p = 0.013$ ) กล่าวคือผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับโรคทางกายที่มีระดับความสามารถในการทำหน้าที่ดีมาก จะทำให้เกิดความสิ้นหวังในระดับน้อย

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Devillis (1992) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความสามารถในการทำหน้าที่กับความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวัง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Aloba (2005) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของร่างกายกับความสิ้นหวังในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 36 พบว่ามีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุมีความเสื่อมตามช่วงวัย และมีความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเองลดลง โดยเฉพาะในเรื่องการดำเนินกิจวัตรประจำวัน เกิดการเชื่องช้า และบางกิจกรรมก็ไม่สามารถทำได้เลย ยิ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวแล้วนั้น ความสนใจในการทำกิจวัตรประจำวันก็ลดลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ , 2554) ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับโรคทางกายที่มีอายุมากขึ้น เจ็บป่วยนานขึ้นมีแนวโน้มของความสามารถที่น้อยลง จนนำไปสู่ความรุนแรงของโรคทั้งร่างกาย และโรคซึมเศร้า ส่งผลต่อจิตใจที่ทำให้ต้องเป็นภาระ และพึ่งพาผู้อื่น จนทำให้เกิดความสูญเสียความสามารถที่เคยทำได้ ยิ่งมีความสามารถในการพึ่งพาตนเองมาก (Jette & Davies, 1996) อ่างใน อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ, 2556) ก็จะผลต่อความสิ้นหวังที่น้อยลงด้วย แต่เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกโดยที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากนัก รวมถึงติดตามการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีความสามารถในการทำหน้าที่อยู่ในคะแนนเฉลี่ย 51.87 และมีคะแนนสูงสุดถึง 77.50 ซึ่งมีแนวโน้มว่ามีความสามารถในการทำหน้าที่ค่อนข้างดี จึงสนับสนุนได้ว่าความสามารถในการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวัง

2.3 ความสามารถในการแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r=-0.517$ ,  $p=0.000$ ) กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายที่มีความสามารถในการแก้ปัญหาดีมาก จะทำให้เกิดความสิ้นหวังในระดับน้อย

ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ของ Cannon (1999) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช จำนวน 138 คน พบว่า ความสามารถในการแก้ปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวัง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวดี ศรีวิเศษ (2556) ที่ศึกษาทักษะการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยหลังจากให้กิจกรรมทักษะการแก้ปัญหากับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าดีขึ้นอย่างชัดเจน

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ความสามารถในการแก้ปัญหาสะท้อนให้เห็นถึงการคิดและการตัดสินใจในการปรับตัวภายใต้ข้อจำกัดเมื่อเผชิญปัญหา การรับรู้ปัญหา รวมถึงความสามารถที่จะจัดการตนเองเมื่อมีความเครียดหรือเผชิญเหตุการณ์ต่างๆทางด้านลบ (สุวดี ศรีวิเศษ, 2556) เช่น การสูญเสีย การเจ็บป่วยเรื้อรัง การอยู่ตามลำพัง เป็นต้น หากผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ร่วมกับโรคทางกาย มีความสามารถในการแก้ปัญหาที่ดี ก็จะช่วยให้สามารถจัดการความวิตกกังวลด้านลบที่มีอยู่ได้ รวมถึงจะแสดงออกถึงการปรับตัวที่ดีได้ (Heppner, 1988) ในทางเดียวกันการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าก็จะมีความคิดด้านลบอยู่เสมอ รวมทั้งการมีข้อจำกัดของการเจ็บป่วยทางกาย ก็จะลดความสามารถในการแก้ปัญหาที่เหตุการณ์ด้านลบที่ต้องเผชิญ ทำให้เกิดความคิดด้านลบต่อการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ต่างๆ มากขึ้น จนทำให้เกิดความท้อแท้ หดหวัง (Dunn, 2005) จัดการปัญหาและปรับตัวไม่ได้ นำไปสู่การเกิดความสิ้นหวังที่รุนแรง และในการศึกษาค้นคว้านี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในบริบทใกล้เคียงกัน เมื่อเกิดปัญหาจะคล้ายคลึงกัน เช่น ปัญหารายได้หลักจากการไม่ได้ประกอบอาชีพ ปัญหาวิตกกังวลห่วงลูกหลาน ซึ่งทำให้สามารถปรึกษา หรือหาวิธีที่พึ่งพาอาศัยกันเองได้โดยระบายความรู้สึก หรือขอยืมเงิน เป็นต้น การศึกษาค้นคว้านี้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหาเฉลี่ย 56.21 คะแนนซึ่งจัดว่ามีความสามารถในการแก้ปัญหาระหว่างปานกลางถึงค่อนข้างดี จึงมีสัมพันธ์ทางลบกับ ความสิ้นหวัง

2.4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r=-0.437$ ,  $p=0.000$ ) กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมาก จะทำให้เกิดความสิ้นหวังในระดับน้อย

ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Devillis (1992) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง และยังสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ของ นิษา สมานทรัพย์ (2554) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวัง

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ที่ส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิด ในวัยสูงอายุเป็นวัยที่เกิดความเสื่อมต่างๆ และเกิดความสูญเสีย เช่น การเกษียณการอยู่ลำพัง การสูญเสียคู่ชีวิต และรู้สึกถูกลดคุณค่าลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ทำให้เกิดความไม่มั่นคงของอารมณ์ เกิดความไร้ค่า และเปราะบางทางจิต จนนำไปสู่ความคิด ความคาดหวังที่เป็นลบ ทำหน้าที่สุดนำไปสู่ความสิ้นหวัง (Abramson, Metalsky and Alloy, 1989) จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.0 และระดับน้อยร้อยละ 14.4 เนื่องจากบางส่วนยังสามารถเป็นพึ่งให้ลูกหลานได้ บางส่วนยังมีคู่สมรสที่ยังดูแลกันอยู่ แต่เนื่องด้วยกับการเจ็บป่วยเรื้อรังทางกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่ต้องรับการรักษาต่อเนื่อง และยังมีภาวะวิตกกังวลในเรื่องเศรษฐกิจ ครอบครัว จึงรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองที่ไม่สามารถทำได้ดีกว่าที่เป็นอยู่ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ยิ่งส่งผลต่อความมีคุณค่าในตนเองลดลง ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้ รู้สึกว่าตนเป็นแบบอย่างให้ลูกหลานได้ มีความสำคัญในครอบครัว ได้รับการยอมรับ (Rosenberg, 1979) ก็จะทำให้คุณค่า ในตนเองมากขึ้น จึงสนับสนุนได้ว่า ความรู้สึกคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวัง

2.5 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับโรคทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = -0.578, p = 0.000$ ) กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมกับโรคทางกายที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้เกิดความสิ้นหวังในระดับน้อย

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาความสิ้นหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ของนิษา สมานทรัพย์ (2554) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง และยังสอดคล้องกับ การศึกษาความสิ้นหวัง ตามทฤษฎีทฤษฎี Hopelessness Theory of Depression ของ Abramson, Metalsky, and Alloy (1989) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง

ทั้งนี้เนื่องมาจาก การสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเห็นประโยชน์และคุณค่าตนเอง ได้รับความสนใจและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคม (Cobb, 1976) ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุนั้นจะมีความเชื่อช้า ย้ำคิดย้ำทำ และต้องการได้รับความรักความเอาใจใส่ และยิ่งเมื่อมีความเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายร่วมด้วย จึงยังต้องการ การดูแล การช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด การเป็นที่ยอมรับของคนในสังคม หรือมีโอกาสในการช่วยเหลือผู้อื่น

โดยเฉพาะการสนับสนุนและเป็นยอมรับของคนในครอบครัวมีความสำคัญมาก ที่จะช่วยให้ให้มีพลังใจต่อการดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือในการรักษา มีทางเลือกและความช่วยเหลือในการแก้ปัญหา และมีความหวังต่อการเจ็บป่วยที่ดีขึ้น (Dunn, 2005) ในทางตรงข้าม หากขาดการสนับสนุนจากสังคม บุคคล หรือกลุ่มบุคคล และคนใกล้ชิด เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือสังคม ในด้านใดด้านหนึ่ง ก็จะส่งผลให้เกิดการสูญเสียความมั่นคงต่อการดำเนินชีวิต สูญเสียความมั่นคงทางใจ (House 1981 , อ้างใน นิษา สมานทรัพย์ , 2554) หรือ เกิดความเปราะบางทางจิตใจ จนทำให้โรคซึมเศร้าที่เป็นอยู่ มีความรุนแรง และเกี่ยวเนื่องไปถึงภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางกายที่รุนแรงด้วย เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้เกิดความท้อแท้ หหมดหวัง ทั้งต่อการรักษาและการดำเนินชีวิต จนนำไปสู่ความสิ้นหวัง (Abramson, Metalsky, and Alloy, 1989) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมดี ร้อยละ 54.5 ซึ่งใกล้เคียงกับการสนับสนุนทางสังคมไม่ดี อาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ ผู้เกษียณมีบ้านอายุ ยังสามารถที่จะสนับสนุนคนอื่นได้ด้วย ทำให้คะแนนออกมาดี แต่ขณะเดียวกันในด้านการปรึกษาขอความช่วยเหลือของคนใกล้ชิด บางคน ยังมีความรู้สึกผิด หรือรู้สึกอายที่ต้องเล่าปัญหา หรือปรึกษาหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น หรือแม้แต่คนในครอบครัว จึงทำให้มีคะแนนไม่ดี การศึกษานี้จึงสนับสนุนได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวัง

2.6 ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.388, p = 0.000$ ) กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายที่มีรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับมาก จะทำให้เกิดความสิ้นหวังในระดับมาก

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของ Cannon (1999) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช จำนวน 138 คน พบว่า ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง และยังสอดคล้องกับการศึกษาความสิ้นหวังในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ของ Aloba (2005) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มารับการรักษามีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แสดงถึงอาการแสดงทางความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555) ที่จะแสดงให้เห็นว่าตนเองต้องการได้รับการช่วยเหลือที่ต่างกัน ต้องการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดที่ต่างกัน หรือต้องการหลีกเลี่ยง เก็บตัว จากสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน โดยแสดงออกทางพฤติกรรมทางกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ วิดกกังวล หรือแสดงออกทางอารมณ์ ก้าวร้าว เศร้าโศก เศษซา หรือมีความคิดเกี่ยวกับความตาย วางแผน หรือคิดฆ่าตัวตาย (มาโนช และ สุคนิษฐ์, 2555) ทั้งนี้ ในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย จะมีแนวโน้มของโรคที่รุนแรง ทั้งการดูแล



รักษาทางกาย และการดูแลรักษาทางจิตใจที่ยาวนานขึ้น จนอาจนำไปสู่ ความท้อแท้ ไร้ค่า ไร้ประโยชน์ จนสิ้นหวัง (Dunn, 2005) และมีความคิดฆ่าตัวตาย จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับ ปานกลางถึงมาก อาจเพราะเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง มีการรับประทานยาควบคุมอาการ จึงทำให้ไม่ได้แสดงระดับความรุนแรงที่มากกว่านี้ และก็พบว่าในกลุ่มที่มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงก็สัมพันธ์กับระดับความสิ้นหวังที่อยู่ในระดับปานกลางถึงมากเช่นกัน ทั้งนี้จึงสนับสนุนได้ว่า ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง

สรุปผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายมีความสิ้นหวังในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ และยังพบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานและมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน

ซึ่งความสิ้นหวังนี้มีผลต่อการกำเริบของโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางกายที่รุนแรงขึ้น อาจเกิดภาวะทุพพลภาพ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เป็นภาระในการรับผิดชอบดูแลรักษาโรคส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน บทบาทหน้าที่ในสังคม และค่าใช้จ่าย ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายจึงต้องตระหนักเห็นความสำคัญตั้งปัจจัยข้างต้น ทั้งทางด้านจิตใจและร่างกาย เพราะทั้งสองด้านทำงานร่วมกัน สามารถเกิดขึ้นได้พร้อมกันหรืออย่างใดอย่างหนึ่งก่อนก็ได้ แต่ก็ส่งผลร่วมกันต่อความสิ้นหวังที่รุนแรง และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

CHULALONGKORN UNIVERSITY

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ส่งเสริมให้มีการคัดกรองความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับ การเจ็บป่วยเรื้อรังทางกาย เพื่อให้คำปรึกษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง ในการบริการระดับปฐมภูมิ
2. ในการวางแผนการพยาบาลและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคซึมเศร้า ร่วมกับโรคทางกายต้องให้ความสำคัญทั้งด้านจิตใจและร่างกาย จัดรูปแบบการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยจัดให้มีทักษะในการแก้ปัญหาที่ดี ให้เกิดมุมมองเชิงเหตุผลด้านบวก สนับสนุนให้มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งเสริมคุณค่าในตนเอง
3. ในการช่วยเหลือผู้ป่วยนั้น เน้นสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล รักษาฟื้นฟูผู้ป่วย และติดตามการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

### ด้านการศึกษา

1. จัดอบรม พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ผู้ดูแลผู้ป่วย ให้มีความรู้ความเข้าใจ ในการดูแล ฝ้าระวังอาการ ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยสนับสนุนให้การพยาบาลและการบำบัดที่เฉพาะบุคคล

### ด้านการวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เช่น ความรุนแรงของโรคทางกาย ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางกาย จำนวนโรคทางกายและระยะที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า หรือโรคทางกายในระบบอื่นๆ เป็นต้น

2. ศึกษาเปรียบเทียบความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีโรคร่วมทางกาย แตกต่างกัน เช่น เปรียบเทียบความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ป่วยโรคมะเร็งกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

3. ศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย ที่ลดความสิ้นหวัง เน้นทักษะการแก้ปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กัมปนาท ต้นสิถบุตรกุล.(2551).*โรคซึมเศร้า( Depression : Diagnosis and treatment)*.  
วารสาร INFOCUS.
- กรมสุขภาพจิต .(2545). *แนวปฏิบัติการบริการสุขภาพเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า*.  
กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลยา วานิชย์บัญชา.(2555).*สถิติสำหรับงานวิจัย*.พิมพ์ครั้งที่ 6.กรุงเทพมหานคร:  
บริษัท ธรรมสาร.
- ชนิษฐา รักษาเคน. (2557).ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย  
ภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเกิดอาการ  
6 เดือนแรก.*วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 6 (33) ,  
686-694.
- จินดาอร เงินสว่าง (2555). *อัตมโนทัศน์ การแก้ปัญหาและพฤติกรรมก้าวร้าวของนักศึกษา  
มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร*.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ. (2556).*การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง)*  
*เล่มที่ 1*. พิมพ์ ครั้งที่ 1. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงาน  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อาคาร 6 ชั้น 9 ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ. (2556). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง)*  
*เล่มที่ 2*. พิมพ์ครั้งที่ 1. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงาน  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อาคาร 6 ชั้น 9 ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
- ชมนาด วรรณพรศิริ.(2535).*ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและ  
สุขภาพของพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก*.วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฐปนีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล.(2545). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองและความรู้สึกสิ้น  
หวังในเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กเยาวชนกลาง*.วิทยานิพนธ์  
ปริญญามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล
- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา .(2555).*ภาวะซึมเศร้า:การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม*.พิมพ์ครั้งที่ 1.  
วนิดาการพิมพ์.เชียงใหม่.

- ชรณินทร์ กองสุข และคณะ.(2551). ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย: การศึกษาระดับชาติ ปี 2551.
- นิษา สมานทรัพย์. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิษา สมานทรัพย์และรังสิมันต์ สุนทรไชยา.(2555) .ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(3) , 57-70.
- เบญญาภา พรหมชุก.(2556). การวิเคราะห์หมโนทัศน์สภาวะการทำหน้าที่. พยาบาลสาร, 40, 128-137
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร.(2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต จำกัด.
- ปริญญา โดมานะ.(2548). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 13(1), 28-37.
- ปภาสินี แซ่ตัว, เรณูการ์ ทองคำรอด, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล.(2556). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหาของหัวหน้าหอผู้ป่วยใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 6(2).
- พัชรภรณ์ ไชยสังข์และคณะ.(2556). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 6(1), 27-28.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท ธรรมสาร จำกัด 83 ถ. บำรุงเมือง แขวงเสาชิงช้า เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ชรณินทร์กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และอัจฉรา จรัสสินธ์.(2556). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย การสำรวจระดับชาติ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 3 , 177-88.
- ภูมรินทร์ ภูมิประเสริฐโชค.(2546). ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การใช้แอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเหตุการณ์เครียดในชีวิต กับความสิ้นหวังในนักเรียนมัธยมปลาย อำเภอมือง จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- มานิช หล่อตระกูล ,ปราโมทย์ สุคนิชย์,จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง.(2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton rating scale for depression ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41, 35-246.

- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่3. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่4. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์.(2529).*ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมืองจังหวัดสระบุรี*.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตน์ศิริ ทาโต.(2552) .*การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์หลักการและระเบียบวิธีวิจัย*.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา.(2554).*คู่มือการบำบัดทางจิตสังคม*.พิมพ์ครั้งที่1.นครปฐม:สำนักพิมพ์มิสเตอร์ก๊อปปี.
- วาทีนี สุขมาก. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตสังคม1*. พิมพ์ครั้งที่1. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*.พิมพ์ครั้งที่1. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล งานบริการวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ชั้น3 ห้อง309 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548) การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพมหานคร : *ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย*.
- สมภาพ เรื่องตระกูล. (2548).*ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 9. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมศักดิ์ ชุมหรัศมี. (2552).รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สายพิน ยอดกุลและจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร.(2555).ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารสมาคมพยาบาลฯสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*,30(3),50-57.
- สุวดี ศรีวิเศษ.(2556).กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*,21(2) ,98-109.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช*.พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย.(2553).*การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*.พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- อรษา ไยยอง,พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย .(2554).ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี.*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 117-128
- อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ.(2556).ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ.(2557).การพยาบาลจิตเวชศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

### ภาษาอังกฤษ

- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., Alloy, L.B.(1989).Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Rev*, 96, 358–372.
- Alloy, L. B., & Clements, C. M. (1998). Hopelessness theory of depression: tests of the Symptom component. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 303–335.
- Alloy, L. B., Just, N., & Panzarella, C. (1997). Attributional style, daily life events, and hopelessness depression: subtype validation by prospective variability and specificity of symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 21,321–344.
- Aloba,Akinsulore,Mapapi,Oloniniyi,Mosaku,Alimi and Esan(2005).The Yoruba version of the Beck Hopelessness Scale: psychometric characteristics and correlates of hopelessness in a sample of Nigerian psychiatric outpatients.*Comperhensive Psychiatry*,56,258-271.
- Arunpongpaisal S, Rungreangkulkij S. (2010).Revision of the KKU-DI,Depression Test for Gender Sensitivity. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 55,177-89.
- Beck, A.T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975).Hopelessness and suicidal behavior. An overview.*Journal of the American Medical Association*, 234,1146–1149.
- Beck, A.T.,Weissman, A., Lester,D.&Trexler , L.(1974). The measurement of premism: The Hopelessness scale. *Journal of consulting and Clerical Psychology* , 2,861-865.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1988). Manual for the Beck Hopelessness Scale. San Antonio, Texas: *Psychological Corporation*.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985).Hopelessness and eventual

- suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559–563.
- Birrer RB.(2004).Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *Am fam Physician*,15(10).
- Brant, P.A. and Weinert, C.(1981).The PRQ a social support measure. *Nurs Res*, 30(5),277-280.
- Cannon B. , Mulroy R., Michael W. Otto.et.al.(1999). Dysfunctional attitudes and poor Problem solving skills predict hopelessness in major depression. *Journal of Affective Disorder*,55,45-49.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress.*Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Coopersmith, S (1984). SEI: Self – esteem Inventory . California :*Consulting Psychologist Press.Inc*
- Cruz M.,Schulz R.,Pincus P.,Bensasi.,&Reynolds C.(2009). The Association of Public and Private Religious Involvement with Severity of depression and Hopelessness in older adult for Major Depression.*The American Journal of Geriatric psychiatry*,17(6),503-507.
- DeVellis B.,Susan J. Blalock.(1992) . Illness Attributions and Hopelessness Depression:The Role of Hopelessness Expectancy. *Journal of Abnormal Psychology*,101(2), 257-264.
- Dunn, S.(2005). Hopelessness as a Response to Physical illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(2), 148-154.
- Dykema et al.(1996).An attributional style questionnaire for general use. *Journal of psychoducational Assessment*,14, 100-108.
- Farran, C.J., Heart, K.A. and Popovich,J.M. (1995). Hope and Hopelessness. *California.Sage Publication, Inc*
- Fillenbaum, G.G., & Smyer, M.A. (1981). The development,validity, and reliability of the Oars Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. *Journal of Gerontology*, 36, 428–434.
- Firth, J., & Brewin, C. (1982). Attributions and recovery from depression: A preliminary study using cross-lagged correlation analysis. *British*

*Journal of Clinical Psychology, 21, 229-230.*

Fry, P.S. (1984). Development of a Geriatric Scale of Hopelessness Implication for Consulting and intervention With Depressed elderly. *Journal of Counseling Psychology, 31(3)*.

Heppner P.P. (1988). *The problem solving inventory (PSI): Manual.* Palo Alto CA: *Consulting Psychologies.*

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J. Neurol. Version Psychiatry, 23,* 56–62.

Hayslip, B., Lopez, F.G., & Nation, P. (1991). Hopelessness in community-residing aged persons: A viable construct. *Journal of Personality Assessment, 57,* 498–505.

House, J.S., Strecher, V., Metzner, H.L., & Robbins, C.A. (1986). Occupational stress and Health among men & women in the Tecumseh Community health study. *Journal of Health & Social Behavior, 27:* 62-77

Jette, A.M., Haley, S.M., Coster, W.J., Kooyoomjia, J.T., and Dubuc, N. (2002). "The Late Life Function and Disability Instrument: Development and evaluation of the function Component" *Journal Gerontology, 57,* M209-M216.

Joiner Thomas E. Jr. (2001). Negative attribution style, hopelessness depression and endogenous depression. *Behaviour research and Therapy, 39,* 139-149

Joiner Thomas E. Jr. a, Joan M. Cook b, Michel Hersen c, Kathryn H. Gordon a. (2007). Double depression in older adult psychiatric Outpatients: Hopelessness as a defining feature. *Journal of Affective Disorders, 101,* 235–238.

Ketungkul S. (2008). Mental health status of chronically ill patients, Kamphaeng Phet Province. Master of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing) Chiang mai university.

Metalsky, G. I., Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., Semmel, A., & Peterson, C. (1982). Attributional styles and life events in the classroom: Vulnerability and invulnerability to depressive mood reactions. *Journal of Personality and Social Psychology, 43,* 612-617.

Metalsky, G. I., Joiner, T. E. Jr, Hardin, T. S., & Abramson, L. Y. (1993). Depressive reactions to failure in a naturalistic setting: a test of the hopelessness and self-esteem theories of depression. *Journal of Abnormal Psychology,*



102,101–109.

- Mystakidou et al. (2009). Illness-Related Hopelessness in Advanced Cancer : Influence of Anxiety, Depression and Preparatory Grief. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(2), 138-147.
- Needles, D.J., & Abramson, L. Y. (1990). Positive life events, attributional style and hopelessness: testing a model of recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 156-165.
- Noel et al. (2004). Depression and Comorbid illness in Elderly Primary Care Patients : Impact on Multiple Domains of Health status and well-being. *Annals of family medicine*, 2(6), 555-562
- Pedersen S., Denollet, J. (2009). Co-occurrence of diabetes and hopelessness predicts adverse prognosis following percutaneous coronary intervention. *J Behav Med*, 32, 294-301.
- Pedersen S., Denollet, J., Daemen, J., Sande de, Jaegere, Erdman M., Serruys & Domburg. (2007). Fatigue, depressive symptoms, and hopelessness as predictors of adverse clinical events following percutaneous coronary intervention with paclitaxel-eluting stents. *Journal of Psychosomatic*, 62, 455-461.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Peterson, C. R., Semmel, A., Von Baeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Seligman, M. E. P. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 287–300.
- Seligman, M. E. P., Abramson, L. Y., Semmel, A., & Von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.
- Sweeney, P. D., Anderson, K., & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: a meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 974-991.
- Uncapher H., Gallagher-Thompson D., Osgood N.J., & Bongar B. (1989). Hopelessness and Suicidal Ideation in Older Adults. *The Gerontological Society of America*, 38, 62-72.

- Weissman ,M.A.(1979). The Dysfunctional Attitude Scale: A validacations of a personal problem solving inventory. *J. Counsel stud. Dissert. Abs. International*, 40 , 1389–1390.
- Whisman, M. A., Miller, I. W., Norman, W. H., & Keitner, G. I. (1995). Hopelessness depression in depressed inpatients :symptomatology, patient characteristics, and outcome. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 377–398.
- Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิการตรวจสอบเครื่องมือ  
รายนามผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาและหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
ดร.เชษฐา แก้วพรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการสอน) ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
ดร.จารุวรรณ ก้านศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ(ด้านการสอน) ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
แพทย์หญิงมณฑนา กิตติพิรัชล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (จิตแพทย์) โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์
นางนงนุช คะพิมพ์ภิบาลบุตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช) โรงพยาบาลแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา
นางสาวอนงค์นุช ศาโสรก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช) โรงพยาบาลศรีธัญญา

รายนามผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
ดร.เชษฐา แก้วพรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการสอน) ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ การศึกษา
อ.รังสรรค์ หล้าคำจา	อาจารย์ประจำสาขาภาษาต่างประเทศ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ การศึกษา ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต(ภาษาอังกฤษ)





ที่ ศธ 0512.11/1929

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

31 สิงหาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา

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

เนื่องด้วย นางสาวนภัสสร ยอดทองดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางนงนุช คะพิมพ์ภิบาลบุตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

*รุฬกาน มณีรัตน์*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางนงนุช คะพิมพ์ภิบาลบุตร

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

นางสาวนภัสสร ยอดทองดี โทร. 08-9272-2125



ที่ ศธ 0512.11/ 1329

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

3) สิงหาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

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

เนื่องด้วย นางสาวนภัสสร ยอดทองดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. จารุวรรณ ก้านศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

*สุนิดา มณีทอง*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ดร. จารุวรรณ ก้านศรี

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

นางสาวนภัสสร ยอดทองดี โทร. 08-9272-2125





ที่ ศธ 0512.11/1329

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทพราช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

31 สิงหาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

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

เนื่องด้วย นางสาวนภัสสร ยอดทองดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ แพทย์หญิง มันทนา กิตติพิรชล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (จิตแพทย์) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

*สุนิตา มณีชาวม*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

แพทย์หญิง มันทนา กิตติพิรชล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

นางสาวนภัสสร ยอดทองดี โทร. 08-9272-2125



ที่ ศธ 0512.11/ 1399

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒) สิงหาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

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

เนื่องด้วย นางสาวนภัสสร ยอดทองดี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. เชษฐา แก้วพรหม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

*สุนิดา ปรีชาวงษ์*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ดร. เชษฐา แก้วพรหม

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

นางสาวนภัสสร ยอดทองดี โทร. 08-9272-2125



ที่ ศธ 0512.11/19๒๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

31 สิงหาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนภัสสร ยอดทองดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุ โรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวอนงค์นุช ศาโคกรก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

*สุนิดา ปรีชาวงษ์*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวอนงค์นุช ศาโคกรก

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

นางสาวนภัสสร ยอดทองดี โทร. 08-9272-2125

ภาคผนวก ข

ข้อมูลกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Patient/Participant Information Sheet)

**ชื่อโครงการวิจัย**      ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย

**ชื่อผู้วิจัย**นางสาวนภัสสร ยอดทองดี      **ตำแหน่ง** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

**สถานที่ติดต่อผู้วิจัย**      45 ม.5 ต.แพรงศรีราชา อ.สรรคบุรี จ.ชัยนาท 17000

**หมายเลขโทรศัพท์มือถือ** 089 – 2722125      **E-mail** puinaja\_31@hotmail.com

**ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆในการวิจัย** ประกอบด้วย

1.ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย โดยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยนี้มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำขึ้นเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไรขอความกรุณาให้ท่านใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และหากเกิดข้อสงสัยต่างๆ ท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2.โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย

3.วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 ศึกษาความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย

3.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ

ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย

4.รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

**กลุ่มประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD -10 หรือ DSM IV ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวาน และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง) และเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกในเขตบริการที่ 3 ได้แก่โรงพยาบาลในจังหวัดชัยนาท จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดอุทัยธานี จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดพิจิตร กระทรวงสาธารณสุข

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD -10 หรือ DSM IV ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวาน และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง) และเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกหรือคลินิกจิตเวช จำนวน 3 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร โรงพยาบาลอุทัยธานี

### เกณฑ์การคัดเลือก

- 1.สามารถอ่านและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
- 2.เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก และหรือ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 3
- 3.ไม่มีอาการทางจิตร่วมด้วย ขณะให้ความร่วมมือในการทำวิจัยนี้
- 4.ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE)
- 5.กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยสูตร Thorndike (1978) มีสูตรคำนวณดังนี้

$$n = 10k + 50$$

(n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา )

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปร จำนวน 7 ตัวแปร ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 120 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 งานวิจัยนี้จึงมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 132 คน

**2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง** โดยการสุ่มอาศัยหลักความน่าจะเป็น ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยอาศัยหลักความน่าจะเป็น โดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน( Multi - stage Random sampling )

2.1 สุ่มจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 3 โดยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ ด้วยการจับฉลากจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 3 ( กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท )

2.2 สุ่มโรงพยาบาลตามประเภทของโรงพยาบาล ดังนี้ โรงพยาบาลระดับเขตบริการ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง จากประเภทของโรงพยาบาลคัดเลือกโรงพยาบาลที่มีคลินิกจิตเวช

2.3 แบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลเนื่องจากประชากรของแต่ละโรงพยาบาลมีไม่เท่ากัน ดังนี้

2.4 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ในแต่ละโรงพยาบาล

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

1.ขั้นเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากโรงพยาบาลที่สุ่มได้

1.2 ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 หลังได้รับอนุญาตให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ ผู้วิจัยนัดหมายผู้รับผิดชอบงานคลินิกจิตเวชของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนต่างๆ และระยะเวลา คุณสมบัติและจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย พร้อมทั้งนัดหมายวันเวลาในการเก็บข้อมูล

## 2.ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายร่วมด้วย เพื่อสื่อนัดหมายให้พบผู้วิจัย

2.2 วันนัดหมายเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้ความมั่นใจว่าข้อมูลจะเป็นความลับ

2.3 ชี้แจงรายละเอียดในการเข้าร่วมวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามต่างๆ โดยสมัครใจ และได้รับการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร และอธิบายวิธีการตอบคำถาม โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังและให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง (self-report) และผู้วิจัยทำเครื่องหมายลงในแบบสอบถาม

2.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์อีกครั้ง

2.5 เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย อธิบาย และยกตัวอย่างให้ฟัง

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากได้รับการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลที่เป็นของกลุ่มตัวอย่างและได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ได้แก่ การได้รับความเคารพในความเป็นมนุษย์ การปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลในการตอบคำถามเป็นความลับใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร ในระหว่างการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการขอไม่เข้าร่วมวิจัยและขอหยุดการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกกรณี โดยไม่มีผลต่อการรับการรักษาใดๆ และหากพบกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ผู้วิจัยจะหยุดดำเนินการวิจัย และให้การดูแลเบื้องต้น จากนั้นจะส่งพบแพทย์เพื่อรับการรักษาทันที

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

## (Inform Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย ชื่อผู้วิจัย นางสาวนภัสสร ยอดทองดี ที่อยู่ติดต่อ 45 ม.5 ต.แพรภคคีราชา อ.สรรคบุรี จ.ชัยนาท 17140 โทรศัพท์ 089-2727125

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบคำถามและให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรโรงพยาบาลอุทัยธานี โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ในการเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย และในหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(นางสาวนภัสสร ยอดทองดี)

(.....)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

พยาน





เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

## แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE – Thai

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง คะแนน

(ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)

## 1. Orientation for time (5 คะแนน)(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

1.1 วันนี้วันที่เท่าไร .....

1.2 วันนี้วันอะไร .....

1.3 เดือนนี้เดือนอะไร .....

1.4 ปีนี้ ปีอะไร .....

1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร .....

## 2. Orientation for time (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

## 2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล

2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร .....

2.1.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร .....

2.1.3 ที่นี้อยู่อำเภออะไร – เขตอะไร .....

2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร .....

2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร .....

## 2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร .....

2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร .....

2.2.3 ที่นี้อยู่อำเภออะไร – เขตอะไร .....

2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร .....

2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร .....

## 3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นารทดสอบความจำ ผม(ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ(ตา,ยาย,...) ตั้งใจฟังให้ดีนะเพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม(ดิฉัน)พูดจบ ให้ คุณ(ตา,ยาย,...) พูดทบทวน ตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดีเดี๋ยวดิฉันถามซ้ำ

\*การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป



## 8. Verbal command (3 คะแนน)

“ฟังดีๆ นะเดี๋ยวผม(ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้แล้วคุณ(ตา,ยาย,...)รับด้วยมือขวา พับครึ่ง แล้ววางไว้ที่...”  
 (พื้น, โต๊ะ, เติง)ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ A4ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ  
 รับด้วยมือขวาพับครึ่ง วางไว้ที่(พื้น, โต๊ะ, เติง) .....

## 9. Written command (1 คะแนน)

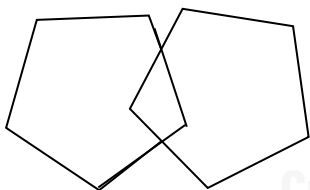
ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ(ตา,ยาย,...) อ่าน  
 แล้วทำตาม คุณ(ตา,ยาย,...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้  
 ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา” หลับตา .....

## 10. Written (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ(ตา,ยาย,...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง  
 หรือมีความหมายมา 1 ประโยค”  
 .....

## ..11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”  
 (ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง)



ศูนย์พัฒนาระบบบริหารมหาวิทยาลัย  
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

คะแนนรวม.....

จุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก - เขียนไม่ได้)	≤14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	≤17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤22	30

1.แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง**แบบสอบถามนี้วัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่านกรุณาตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย( )หรือเติมคำลงในช่องว่างตามข้อคำถามที่กำหนดให้

1.ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี

2.เพศ (....) ชาย (....)หญิง

3.รายได้ของท่านเป็นอย่างไร

(.....) 1.เพียงพอ

(.....) 2.ไม่เพียงพอ

3.สถานภาพสมรส

(.....) 1.คู่ (.....) 2.โสด (.....) 3.หม้าย (.....) 4.หย่า (.....) 5.แยกกันอยู่

4.ระดับการศึกษา

(.....) 1.ไม่ได้เรียนหนังสือ

(.....) 2.ประถมศึกษา

(.....) 3.ปวช หรือมัธยมศึกษา

(.....) 4.ปวส. หรือ อนุปริญญา

(.....) 5.ปริญญาตรี

(.....) 6.อื่นๆ โปรตระบุ (เช่น ปริญญาโท)

5.ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้า.....ปี (นับจำนวนเต็มปี)

6.ท่านมีโรคประจำตัวทางกายระบุ

โรคกระดูกและข้อ

โรคเบาหวาน

โรคความดันโลหิตสูง

โรคหัวใจเช่น โรคหัวใจวาย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

โรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น ไขมันในหลอดเลือด

โรคหลอดเลือดสมอง เช่น อัมพฤกษ์ หลอดเลือดสมองตีบ

7.ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวทางกาย ระบุ .....ปี

## 2.แบบประเมินมุมมองเชิงเหตุผล (Attributional Style Questionnaire) จำนวน 12 ข้อ

**คำชี้แจง** จากสถานการณ์สมมติให้คุณเลือกระบุหนึ่งสาเหตุหลักที่ทำให้สถานการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นกับคุณโดยเขียนสาเหตุหลักลงในช่องว่าง และให้ตอบสองคำถามเกี่ยวกับสาเหตุที่คุณให้ ประการแรก แนวโน้มของสาเหตุหลักส่งผลกระทบต่อคุณอย่างไร ประการที่สอง ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสาเหตุนี้เกิดขึ้นต่อสถานการณ์นั้นอย่างเดี่ยวหรือส่งผลกระทบต่อส่วนอื่นๆ ในชีวิตของคุณ

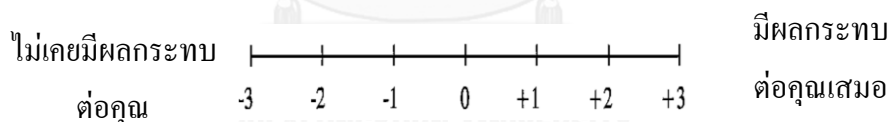
โดยสรุป

1. อ่านสถานการณ์สมมติที่จะเกิดขึ้นกับคุณ
2. เลือกสาเหตุหลัก
3. เขียนสาเหตุหลักในช่องที่กำหนดไว้
4. ตอบคำถามจำนวน 2 ข้อ โดยทำเครื่องหมาย  ที่ตรงกับความคิดความรู้สึกของคุณ

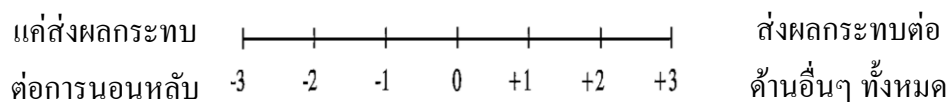
ลองคิด ถึงสถานการณ์ต่อไปนี้

1. คุณมีปัญหาในการนอนหลับ
- A. เขียนหนึ่งสาเหตุหลักในช่องด้านล่าง

- B. สาเหตุนั้น ส่งผลกระทบต่อคุณอย่างไร



- C. สาเหตุนั้น เพียงส่งผลกระทบต่อกรนอนหลับหรือส่งผลกระทบต่อด้านอื่นๆ ในชีวิตคุณ



2.

.

.

### 3. แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ(Late-Life Function Instrument)

**คำชี้แจง** กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความหมายของท่านโดยข้อความข้างล่างนี้เป็นสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของท่าน ซึ่งสถานการณ์ต่างๆเหล่านี้ท่านสามารถทำได้ด้วยตนเองไม่มีผู้ช่วยเหลือหรือเครื่องมือช่วยเหลือจำนวน 32 ข้อ

ข้อความ	สามารถทำได้ดีมาก	สามารถทำได้ดี	สามารถทำได้ปานกลาง	สามารถทำได้เล็กน้อย	ไม่สามารถทำได้เลย	สำหรับผู้วิจัย
1. หมุนเปิดฝาขวดที่เคยเปิดไม่ออก โดยไม่ใช้อุปกรณ์ใดๆ						
2. ขึ้นและลงบันได 5-10 ชั้น ภายในอาคารหรือที่พักอาศัยโดยจับราวบันได						
3. สวมใส่และถอดกางเกงขายาว						
4. วิ่งประมาณ 1 ป้ายรถเมล์หรือมากกว่านั้น						
5.						
6.						
20.						
21. ยกเก้าอี้ในครัว และ เคลื่อนย้ายมันเพื่อทำความสะอาด						
22. ใช้เก้าอี้เตี้ยเพื่อช่วยหยิบของในตู้ที่อยู่สูง						
23. จัดเตียงนอนของตนรวมถึง ปูที่นอน เก็บที่นอน พับผ้าห่ม						
32. เดินนอกบ้าน บนพื้นที่ลื่น						

#### 4.แบบประเมินความสามารถในการแก้ปัญหา

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความหมายของท่านโดยข้อความข้างล่างนี้

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	ฉันมีความสามารถในการแก้ปัญหาโดยคิดริเริ่มหาทางออกใหม่ที่เกิดผลลัพธ์ที่ดี				
2	ฉันพยายามแก้ปัญหาแม้ว่าช่วงต้นฉันจะมองไม่เห็นคำตอบก็ตาม				
3	ฉันเชื่อว่าฉันสามารถแก้ปัญหาได้เป็นส่วนใหญ่ถ้าฉันมีเวลา				
4.	ฉันเชื่อว่าฉันสามารถแก้ปัญหาได้เป็นส่วนใหญ่ถ้าฉันพยายามมากพอ				
5	เมื่อต้องเผชิญปัญหาที่ซับซ้อน ยุ่งยาก ฉันรู้ว่าเป็นสิ่งที่ทำลายความสามารถของฉัน				
23	เมื่อตัดสินใจแก้ปัญหา ฉันไม่เสียเวลาทบทวนหาทางออกอื่น				



### 5.แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ต้องการความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่มีต่อตนเองไม่มีคำตอบใดถือว่าถูกหรือผิดดังนั้นโปรดตอบด้วยความสบายใจตามความรู้สึกจริงของท่านโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ คำตอบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมากหรือเป็นส่วนใหญ่

เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมากหรือเป็นส่วนใหญ่

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	ท่านเป็นคนมีคุณค่าทัดเทียมกับผู้อื่น				
2	ท่านยังเป็นที่พึงของลูกหลานเสมอ				
3	ท่านรู้สึกว่าการทำอะไรไม่สำเร็จเลย				
4	ท่านมีความสามารถทำสิ่งต่างๆได้ดีเท่าผู้อื่นในวัยเดียวกัน				
5	ท่านมีความภูมิใจในตนเองน้อยเหลือเกิน				
6	ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง				
7	โดยทั่วไปท่านมีความพอใจในตนเอง				
8	ท่านรู้สึกว่ามีความนับถือตนเองน้อยกว่าที่ควรเป็น				
9	ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ประโยชน์				
10	บางครั้งท่านคิดว่าท่านไม่มีอะไรดีเลย				

### 6.แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ( ) ลงในช่องคำตอบทางขวามือ ให้ตรงกับความจริงตามความรู้สึก  
 ของท่านต่อการได้รับการช่วยเหลือหรือการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนในข้อความนั้นๆ  
 คำตอบนี้จะไม่มีถูกหรือผิด หมายเลขเหล่านี้มีความหมายดังนี้

3	หมายถึง	เห็นด้วยมาก
2	หมายถึง	ค่อนข้างเห็นด้วย
1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย

ข้อ	ข้อความ	3	2	1
1	<u>ด้านความผูกพันใกล้ชิด</u> ท่านมีใครคนหนึ่งที่ท่านอยู่ใกล้ชิดแล้วท่านรู้สึกมีความปลอดภัย			
2	ไม่มีใครที่ท่านพอบอกได้ว่าท่านรู้สึกอะไร			
6	<u>ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม</u> ท่านใช้เวลาอยู่กับคนที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกับท่าน			
7	มีหลายคนบอกว่าเขาชอบทำงานร่วมกับท่าน			
11	<u>ด้านได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา</u> ท่านไม่ค่อยมีโอกาสที่จะช่วยเหลือและดูแลผู้อื่น			
12	ท่านมีส่วนช่วยให้ผู้อื่นได้พัฒนาทักษะและความสนใจของเขา			
16	<u>ด้านการได้รับการยอมรับ</u> ท่านรู้สึกว่าคุณเป็นคนสำคัญในกลุ่มของท่าน			
17	คนส่วนใหญ่มักบอกว่าท่านทำได้ดีเช่น การดูแลบ้าน ทำอาหาร เป็นต้น			
21	<u>ด้านการได้รับความช่วยเหลือ</u> เมื่อท่านมีปัญหาท่านไม่สามารถพึ่งพาญาติพี่น้องหรือเพื่อนได้			
22	ท่านมีญาติหรือเพื่อนที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ท่าน แม้เขาจะรู้สึกว่าคุณไม่อาจตอบแทนเขาได้			

## 7.แบบสอบถามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

### HAMILTON RATING SCALE FOR DEPRESSION

1. อารมณ์ซึมเศร้า (เศร้าใจ , สิ้นหวัง, หมดหนทาง , ไร้ค่า)

0  ไม่มี

1  จะบอกภาวะความรู้สึกนี้ ต่อเมื่อถามเท่านั้น

2  บอกภาวะความรู้สึกนี้ออกมาเอง

3  สื่อภาวะความรู้สึกนี้โดยภาษากาย ได้แก่ การแสดงสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง และ  
มักร้องไห้

4  ผู้ป่วยบอกเพียงความรู้สึกนี้อย่างชัดเจน ทั้งการบอกออกมาเองและภาษากาย

2.

3.

4.

17. อาการหยิ่งเห็นถึงความผิดปกติดของตนเอง

0  ตระหนักว่าตนเองกำลังซึมเศร้า และเจ็บป่วย

1  ตระหนักว่ากำลังเจ็บป่วย แต่โยงสาเหตุกับอาหารที่ไม่มีคุณค่า ดินฟ้าอากาศ การ  
ทำงานหนัก ไวรัส การต้องการพักผ่อน ฯลฯ

2  ปฏิเสธการเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง

3  มีการแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่รุนแรง

**การคิดคะแนนนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน ตามตัวเลขคะแนนหน้าข้อที่เลือก**

เทียบความรุนแรงตามตารางข้างล่าง

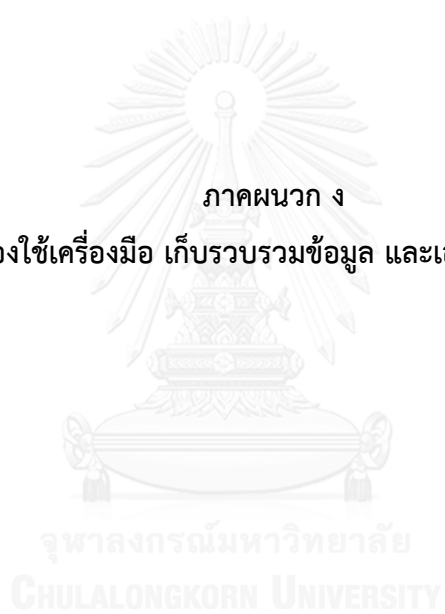
ระดับ depression	ค่าคะแนน HRSD
No depression	0-7
Mild depression	8-12
Less than major depression	13-17
Major depression	18-29
Severe major depression	30+

### 8.แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ (Geriatric Hopelessness Scale)

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการประเมินความรู้สึกบางประการของตัวท่านว่ามีความคิดหรือรู้สึกเหล่านี้ว่าเป็นความรู้สึกขณะนี้ของท่านหรือไม่กรุณาทำเครื่องหมาย ( ) ลงในช่องคำตอบทางขวามือ ให้ตรงกับความจริงตามความรู้สึกของท่านโดยไม่มีคำตอบถูกหรือผิด

ข้อ	ความคิด / ความรู้สึก	ใช่	ไม่ใช่
1.	ถ้าฉันมีความหวังฉันอาจจะรับมือกับความเจ็บปวดที่รุนแรงกว่านี้ได้		
2.	ฉันเชื่อว่าสักวันหนึ่งสิ่งต่างๆจะดีขึ้น		
3.	ฉันอาจยกเลิกสิ่งที่กำลังทำเพราะฉันไม่สามารถสิ่งที่ดีกว่านี้ให้กับทั้งตนเองและผู้อื่นได้		
4.	ถึงแม้จะอะไรๆ จะดูแย่ง แต่มันก็ไม่แน่เสมอไป		
5.	อนาคตของฉัน มีแต่ความทุกข์และความเศร้า		
6.	ฉันเชื่อว่า วันเวลาแห่งความทุกข์ และความเศร้า กำลังจะผ่านพ้นไป		
7.	ฉันคิดว่า ความพยายามของฉันไม่สามารถทำให้ฉันมีความหวัง		
8.	ฉันคิดว่า วันเวลาที่ผ่านไป เปรียบเสมือน อาหารและยาหลากหลายชนิดที่ค่อยๆเติมพลังให้		
9.	ฉันรู้สึกแก่และไร้ค่าเสมอ		
10.	แม้ฉันจะสูงอายุแต่ ฉันก็เชื่อว่า ยังมีประโยชน์ และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้		
11.	ฉันเชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ฉันนับถือจะไม่ให้อภัยหากฉันอยู่อย่างไร้ประโยชน์		
12.	ฉันคิดว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์จะช่วยให้ฉันผ่านพ้นอุปสรรคได้		
13.	ฉันกลัวว่าจะได้รับผลกระทบที่ได้ทำบาปเอาไว้		
14.	ฉันเชื่อว่าจะได้รับโอกาสกรรมในบาปที่ฉันก่อไว้		
15.	ฉันไม่กล้าหวังว่าจะได้ พบเจอ คนที่รัก หลังจากที่ตายไปแล้ว		
16.			
25.	ฉันไม่เชื่อหรือกว่าไม่มีใครสนใจฉันในขณะนี้และฉันก็ไม่สนใจคนอื่น		
26.	ฉันเชื่อว่า อนาคตยังมีความหวัง		
27.	อนาคตดูเหมือนจะเป็นสิ่งที่คลุมเครือและไม่แน่นอนสำหรับฉัน		
29.	ฉันคิดว่าไม่เห็นว่าจะมีเหตุผลใดๆ ให้ทุกคนมาสนใจฉัน		
30.	ฉันเชื่อว่าชีวิตฉันมีจุดมุ่งหมายที่แน่นอนฉันกำลังจะทำให้สำเร็จ		

ภาคผนวก ง  
เอกสารขอตกลงใช้เครื่องมือ เก็บรวบรวมข้อมูล และเอกสารพิจารณาจริยธรรม





ที่ ศร 0512.11/1564

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

28 กันยายน 2558

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหันคา จังหวัดชัยนาท

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โคร่งร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนภัสสร ยอดทองดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD -10 หรือ DSM IV ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวาน และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวช จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินมุมมองเชิงเหตุผล แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ แบบประเมินความสามารถในการแก้ปัญหา แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนภัสสร ยอดทองดี ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159
ชื่อนิสิต	นางสาวนภัสสร ยอดทองดี โทร. 08-9272-2125



ที่ ศธ 0512.11/1564

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๕ กันยายน 2558

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนภัสสร ยอดทองดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD -10 หรือ DSM IV ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวาน และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และ โรคหลอดเลือดสมอง) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวช จำนวน 54 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินมุมมองเชิงเหตุผล แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ แบบประเมินความสามารถในการแก้ปัญหา แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนภัสสร ยอดทองดี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

ชื่อนิสิต

นางสาวนภัสสร ยอดทองดี โทร. 08-9272-2125



ที่ ศธ 0512.11/1564

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๕ กันยายน 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิติสดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนภัสสร ยอดทองดี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิติสดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD -10 หรือ DSM IV ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวาน และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และ โรคหลอดเลือดสมอง) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวช จำนวน 47 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินมุมมองเชิงเหตุผล แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ แบบประเมินความสามารถในการแก้ปัญหา แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ ทั้งนี้นิติสดจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนภัสสร ยอดทองดี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สมิตา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

ชื่อนิติสด

นางสาวนภัสสร ยอดทองดี โทร. 08-9272-2125





ที่ ศธ 0512.11/156A

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๕ กันยายน 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนภัสสร ยอดทองดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD -10 หรือ DSM IV ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวาน และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และ โรคหลอดเลือดสมอง) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวช จำนวน 31 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินมุมมองเชิงเหตุผล แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ แบบประเมินความสามารถในการแก้ปัญหา แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนภัสสร ยอดทองดี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

ชื่อนิสิต

นางสาวนภัสสร ยอดทองดี โทร. 08-9272-2125



ที่ ศธ 0512.11/ 1964

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๙ กันยายน 2558

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบเสนอขอพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัย 1 ชุด
  2. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 1 ชุด
  3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย 1 ชุด
  4. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนภัสสร ยอดทองดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนภัสสร ยอดทองดี เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

*สพิต มณีโชติ*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

นางสาวนภัสสร ยอดทองดี โทร. 08-9272-2125



ที่ ศธ 0512.11/156A

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๘ กันยายน 2558

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชยันนาทเรนทร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบเสนอขอพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัย 1 ชุด
  2. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 1 ชุด
  3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย 1 ชุด
  4. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนภัสสร ยอดทองดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนภัสสร ยอดทองดี เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปริชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

นางสาวนภัสสร ยอดทองดี โทร. 08-9272-2125



ที่ ศธ 0512.11/ 156A

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๕ กันยายน 2558

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบเสนอขอพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัย 1 ชุด
  2. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 1 ชุด
  3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย 1 ชุด
  4. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนภัสสร ยอดทองดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนภัสสร ยอดทองดี เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

**สุนิดา ปรืชาวงษ์**

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรืชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159  
นางสาวนภัสสร ยอดทองดี โทร. 08-9272-2125



ที่ ศธ 0512.11/156A

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๘ กันยายน 2558

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบเสนอขอพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัย 1 ชุด
  2. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 1 ชุด
  3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย 1 ชุด
  4. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนภัสสร ยอดทองดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนภัสสร ยอดทองดี เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

นางสาวนภัสสร ยอดทองดี โทร. 08-9272-2125





ที่ ขน ๐๐๓๒.๐๐๒/ ม๒๖๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท  
๒๕๔ หมู่ ๖ ตำบลชัยนาท อำเภอเมือง  
จังหวัดชัยนาท ๑๗๐๐๐

## ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย

หมายเลขการวิจัย..... ม/๒๕๕๔

การวิจัยครั้งนี้และเอกสารประกอบการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท แล้วคณะกรรมการ มีความเห็นว่าการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมายข้อบังคับและ ข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อการวิจัย :- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งร่วมกับ โรคกาย

รหัสการวิจัย (ถ้ามี) :-

หน่วยงานที่สังกัด :- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

ผู้วิจัยหลัก :- นางสาวนภัสสร ยอดทองดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

## เอกสารที่พิจารณาทบทวน

- |                                  |                        |
|----------------------------------|------------------------|
| ๑. ข้อเสนอการวิจัย               | ฉบับที่..... ม/ก.ย. ๕๔ |
| ๒. เอกสารคำอธิบายสำหรับอาสาสมัคร | ฉบับที่..... ม/ก.ย. ๕๔ |
| ๓. แบบบันทึกข้อมูล               | ฉบับที่..... ม/ก.ย. ๕๔ |
| ๔. งบประมาณการวิจัย              | ฉบับที่..... ม/ก.ย. ๕๔ |
| ๕. ประวัติและผลงานวิจัย          | ฉบับที่..... ม/ก.ย. ๕๔ |
| ๖. อื่นๆ (ถ้ามี)                 |                        |

ลงนาม.....

(นายแพทย์พัลลภ ยอดศิริจินดา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัย

ลงนาม.....กรรมการ

(นางอารีรัชฎ์ ตโนภาส)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

ลงนาม.....กรรมการ

(นายวิสุทธิ์ โนจิตต์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ลงนาม.....กรรมการ

(นายเชน กันภูมิ)

ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

ลงนาม.....กรรมการ

(นางสาวปัญจพร หรั่งรอด)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ลงนาม.....กรรมการ

(นายวรพนธ์ ทอมกรุ่น)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ลงนาม.....กรรมการ

(นางจันทน์ภา บุญญาวัตร)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชัยนาทเรนทร์  
 ๑๙๙ ถนนพหลโยธิน ต.บ้านกล้วย อ.เมือง จ.ชัยนาท ๑๗๐๐๐

**เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย**

เลขที่..... ๘/๕๘ .....

ชื่อโครงการวิจัย วิจัยที่มีคำถามสัมพันธ์ กับ ความเสี่ยงของผู้ป่วยสูงอายุ  
โรคซึมเศร้า ซึมกับโรคทางกาย

เลขที่โครงการ .....

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวนงนุช อวดทองดี

สถานที่ปฏิบัติงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม  
 การวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชัยนาทเรนทร์ จ.ชัยนาทแล้ว

ลงนาม..... [Signature] .....

(นายอนุกุล อัจฉกหาญ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม..... [Signature] .....กรรมการ  
 (นางสาวไพรัช ไชยทอง)  
 ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

ลงนาม..... [Signature] .....กรรมการ  
 (นายแพทย์ ธรรมธัช)  
 ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ลงนาม..... [Signature] .....กรรมการ  
 (น.ส.ศรียา น.ค.)  
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงนาม..... [Signature] .....กรรมการ  
 (อ.จ. ศิริลักษณ์ อธิปัตย์)  
 ตำแหน่ง พยานหลักฐานคดีอาญา

ลงนาม..... [Signature] .....กรรมการ  
 (นายแพทย์อนุชิต อภิชาติ)  
 ตำแหน่ง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

ลงนาม..... [Signature] .....กรรมการ  
 (นายแพทย์ ธรรมธัช)  
 ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ





คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ( ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช )

โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข...๖/๒๕๕๘.....

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุ โรคซึมเศร้า  
ร่วมกับโรคทางกาย

รหัสโครงการ : ๖/๒๕๕๘

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวนภัสสร ยอดทองดี  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำการวิจัย (แผนก / หน่วยงาน) : แผนกผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

เอกสารรับรอง 1. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับเดือน ที่เข้ามาขอรับรอง เดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๘  
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่รับรอง : ๒๑ ธันวาคม ๒๕๕๘

วันหมดอายุ : ๓๐ มีนาคม ๒๕๕๙

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) ดำเนินการให้  
การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากลได้แก่ Declaration of Helsinki,  
The Belmont Report, WHO Guideline for IRB ข้อบังคับของแพทยสภา (๒๕๕๕) หมวด ๕ ว่าด้วย  
การศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์

ลงนาม.....  
(นายแพทย์วราวัฒน์ ไชยชาต)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....  
(แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

วันที่...๒๑.../...ธันวาคม.../ ๒๕๕๘

เอกสารอนุมัติโครงการวิจัย โรงพยาบาลอุทัยธานี  
เลขที่ ๑๗... / ๒๕๕๘

ผู้วิจัย / คณะผู้วิจัย และตำแหน่ง

นางสาวนภััสสร ยอดทองดี

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ชื่อเรื่องวิจัย

ภาษาไทย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย  
ภาษาอังกฤษ FACTORS RELATED TO HOPELESSNESS OF ELDERLY PATIENTS WITH  
DEPRESSIVE DISORDER AND PHYSICAL ILLNESS

ความเห็นของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุทัยธานี

อนุมัติ.....  
 ไม่อนุมัติ.....

ลงชื่อ..... *Dr*.....

(นายศิรินนท์ โพธานานนท์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลอุทัยธานี

วันที่... 1... / ... ค.ศ. ... / 2558.....

ความเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี

อนุมัติ.....  
 ไม่อนุมัติ.....

ลงชื่อ..... *Dr*.....

(นางรจนา ขอนทอง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี

วันที่... 1... / ... ค.ศ. ... / 2558.....





NAPHATSORN YOTTHONGDI

Boromarajonani college of nursing ,Chainat

No.248, Moo 6 Chainat Muang , Chainat 17000 Thailand

Tel : 08 92722125 E- mail: puinaja\_31@hotmail.com

May 31, 2015

Dear Professor Jennifer Dykema

My name is Miss Naphatsorn Yotthongdi. I am a master degree student at Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand. I am now developing my proposal for master thesis entitled "RELATED FACTORS TO HOPELESSNESS OF ELDERLY PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER AND PHYSICAL ILLNESS ". I wish to complete this proposal and submit to the faculty board committee as soon as possible.

Currently, the amount of depressive disorder and physical illness patients in Thailand is rapidly increasing. As a psychiatric nurse, I am interested in study the " RELATED FACTORS TO HOPELESSNESS OF ELDERLY PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER AND PHYSICAL ILLNESS ". I have reviewed the literature about Related factors to hopelessness I found the Attributional style is the one of all factors in the study that can assess with the Attributional style questionnaire version. This will be helpful for my study . The New ASQ is very impressive and I am interested in applying your situation and questionnaire to use with Elderly patients in Thailand. I belief that will be very helpful and could properly be used to find the elderly patients with depressive disorder and physical illness in Thailand as well.

In order to achieve an academic purpose as well as to achieve the most benefit for this population, I would like to kindly ask for a full version of your questionnaire that have been used in your research. Simultaneously, I would like to kindly ask for your permission to translate these instruments to Thai language and use them in my thesis.

Your kindly support and suggestions will be very beneficial for Related factors to hopelessness of elderly patients with depressive disorder and physical illness in Thailand.

I am looking forward to hear from you. You may e-mail me at my E-mail address: puinaja\_31@hotmail.com

Sincerely yours, Naphatsorn Yotthongdi

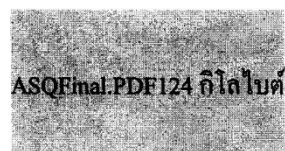


Re: the Attributional style questionnaire for general use

Jennifer Dykema

ตอบกลับ 1/6/2015 คุณ Jennifer Dykema (dykema@ssc.wisc.edu)

เอกสาร



ดาวน์โหลด บันทึกไปยัง OneDrive - ส่วนบุคคล

Greetings,

Attached is a copy of the questionnaire. You have my permission to use it and to translate it. Best of luck with your research, Jen

On 6/1/2015 2:02 AM, puinaa Naphassorn wrote:

\*\*\*\*\*

Jennifer Dykema, PhD

Senior Scientist/Survey Methodologist, University of Wisconsin Survey Center (UWSC)

Associate Conference Chair, American Association for Public Opinion Research (AAPOR)

Associate Editor, BMC Medical Research Methodology

E-mail: [dykema@ssc.wisc.edu](mailto:dykema@ssc.wisc.edu)

Web: <http://uwsc.wisc.edu/dykema.htm>

<http://www.uwsc.wisc.edu/>

Office: 608-262-8385

4308 Sterling Hall

475 N. Charter St.

Madison, WI 53706-1582

Cell: 608-556-5813

I typically telework on Tuesdays and Thursdays

\*\*\*\*\*

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	163
วันที่	12 ก.ค. 58
เวลา	08.00 น.
ผู้รับ	.....

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย  
เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดี)

ข้าพเจ้า นางสาวนภัสร ยอดทองดี รหัสประจำตัว 5677183936 นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 45 ม.5 ตำบล แพรกศรีราชา อำเภอ สรรคบุรี จังหวัด ชัยนาท รหัสไปรษณีย์ 17140 โทรศัพท์ 08-9272-2125

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)  
“ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย”

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย


1. ชื่อ เครื่องมือ แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ
4. ปีของวิทยานิพนธ์ 2556

ลงนาม ..... ผู้ยื่นคำร้อง  
(นางสาวนภัสร ยอดทองดี)  
17 / ส.ค. / 58

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม ..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา) 17 / ส.ค. / 58</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม ..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา) 17 / ส.ค. / 58</p>
<p>ความเห็นรองคณบดี</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม ..... (ผ.ดร.สมภา ทรัพย์งาม) 18 / ส.ค. / 58</p>	<p>อนุญาต</p> <p>.....</p> <p>(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์</p>

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	๕๖๖
วันที่	๑๒ ก.ค. ๕๘
เวลา	๐๘.๓๔ น.
ผู้รับ	


เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย  
เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดี)




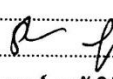

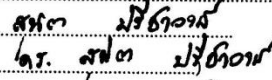
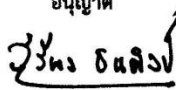
ข้าพเจ้า นางสาวนภัสสร ยอดทองดี รหัสประจำตัว 5677183936 นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 45 ม.5 ตำบล แพรกศรีราชา อำเภอ สรรคบุรี จังหวัด ชัยนาท รหัสไปรษณีย์ 17140 โทรศัพท์ 08-9272-2125

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)  
“ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย”

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อ เครื่องมือ แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคิดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวนิชา สมานทรัพย์
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2554

ลงนาม .....  ..... ผู้ยื่นคำร้อง  
(นางสาวนภัสสร ยอดทองดี)  
๑๕ / ๗.๗ / ๒๕๕๘

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p></p> <p>.....</p> <p>ลงนาม .....  .....</p> <p>(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา)</p> <p>๑๗ / ๗.๗ / ๕๘</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p></p> <p>.....</p> <p>ลงนาม .....  .....</p> <p>(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา)</p> <p>๑๗ / ๗.๗ / ๕๘</p>
<p>ความเห็นรองคณบดี</p> <p></p> <p>.....</p> <p>ลงนาม .....  .....</p> <p>(ผศ. ดร. สพต ปรีชาวัฒน์)</p> <p>๑๘ / ๗.๗ / ๕๘</p>	<p>อนุญาต</p> <p></p> <p>(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)</p> <p>คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์</p> <p>..... / .....</p>

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	131
วันที่	19 ต.ค. 58
เวลา	08:33 น.
ผู้รับ	[Signature]

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย  
เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดี)

ข้าพเจ้า นางสาวนภัสสร ยอดทองดี รหัสประจำตัว 5677183936 นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 45 ม.5 ตำบล แพรกศรีราชา อำเภอ สรรคบุรี จังหวัด ชัยนาท รหัสไปรษณีย์ 17140 โทรศัพท์ 08-9272-2125

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)  
“ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย”

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อ เครื่องมือ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวนินา สมานทรัพย์
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2554

ลงนาม ..... [Signature] ..... ผู้ยื่นคำร้อง  
(นางสาวนภัสสร ยอดทองดี)  
15 / ต.ค. / 2558

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>[Signature]</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม ..... [Signature] ..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา) 17 / ต.ค. / 58</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>[Signature]</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม ..... [Signature] ..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา) 17 / ต.ค. / 58</p>
<p>ความเห็นรองคณบดี</p> <p>[Signature]</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม ..... [Signature] ..... (ผ.อ.ดร.สุพจน์ ประดิษฐ์) 18 / ต.ค. / 58</p>	<p>อนุญาต</p> <p>[Signature]</p> <p>(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร อนุศิลป์) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์</p>





วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ซียนาท  
 เลขที่รับ 2479/58  
 วันที่ 20 ต.ค. 2558  
 เวลา.....

ที่ สธ ๐๘๑๓.๙/ ๒๕๖๘

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์  
 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๐

๑๔ ตุลาคม ๒๕๕๘

เรื่อง อนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ซียนาท

อ้างถึง หนังสือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ซียนาทที่ สธ ๐๒๐๓.๐๙๒๐ / ๑๒๕๕ ลงวันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๕๘

ตามหนังสือที่อ้างถึง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ซียนาท ขออนุญาตให้อาจารย์ภาควิชาการ  
 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช นางสาวนภัสสร ยอดทองดี ศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อยู่ระหว่างพัฒนาโครงร่างวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วย  
 สูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยในการพัฒนาโครงร่างวิจัย  
 ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายประภาส อุครานันท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ขอเรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ซียนาท

เพื่อโปรดทราบ

เพื่อโปรดพิจารณา

เพื่อโปรดสั่งการ

เห็นสมควรมอบ..... ๐.๖๓๕๕๖

กลุ่มการพยาบาล

โทร.๐ - ๔๓๒๐ - ๙๙๙๙ ต่อ ๖๓๒๐๙

โทรสาร.๐ - ๔๓๒๒ - ๔๓๒๒ (นายพรเจริญ บัวพุ่ม)

วิทยากรชำนาญการพิเศษ

๑๐/๑๐/๐๙

ทราบ

เห็นชอบ

อนุมัติ

อนุญาต

มอบ.....

อื่น ๆ

(นางสมทรง มณีระอ)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ซียนาท

20 ต.ค. 2558



Re: ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในวิทยานิพนธ์  
 เยาวลักษณ์ มหาสทิทธิวัฒน์

ตอบกลับ|คุณ8:50

เรียน อ.นภัสสร

ยินดีอย่างยิ่งค่ะ. ขอให้ประสบความสำเร็จนะคะ

ส่งจาก iPhone ของฉัน

เมื่อ 5 ธ.ค. 2558 เวลา 23:57 puinaa Naphassorn <[puinaja\\_31@hotmail.com](mailto:puinaja_31@hotmail.com)> เขียน:

เรียนอาจารย์ เยาวลักษณ์ มหาสทิทธิวัฒน์

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวนภัสสร ยอดทองดี นิสิตปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาล  
 ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง  
 ในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย โดยมี ผศ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่  
 ปรึกษา ในการนี้จึงใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย แบบสอบถาม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของ  
 อาจารย์ ที่แปลไทยปี 2529

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตของใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ  
 อนุเคราะห์จากอาจารย์ และขอบพระคุณอาจารย์มา ณ โอกาสนี้

นภัสสร ยอดทองดี

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วพบ.ชัยนาท



Re: ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย Ham D ในวิทยานิพนธ์

Manote Lotrakul

ตอบกลับ|คุณ11:06

เรียนคุณนภัตสร ยอดทองดี

ผมยินดีอนุญาตให้นำแบบวัด Haminton Rating Scale For Depression ฉบับภาษาไทย ไปใช้ในงานวิจัยดังกล่าว ขอให้ประสบความสำเร็จในการศึกษาวิจัยครับ

ศ.นพ.มาโนช หล่อตระกูล

เมื่อ 5 มกราคม 2559 23:19, puinaa Naphassorn <puinaja\_31@hotmail.com> เขียนว่า:

เรียนอาจารย์นายแพทย์มาโนช หล่อตระกูล

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวนภัตสร ยอดทองดี นิสิตปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย โดยมี ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในครั้งนี้จึงใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย แบบวัด Haminton Rating Scale For Depression ฉบับภาษาไทย ของอาจารย์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตของใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากอาจารย์ และขอบพระคุณอาจารย์มา ณ โอกาสนี้

นภัตสร ยอดทองดี

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ



Re: ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย PRQ 85 Part II ในวิทยานิพนธ์  
 Chommanard  
 ตอบกลับ | คุณ 12:22

ยินดีค่ะ จะให้ช่วยอะไรเพิ่มเติมบอกได้นะคะ

Sent from Outlook Mobile

On Thu, DEC 5, 2015 at 9:36 AM -0700, "puinaa Naphassorn" <puinaja\_31@hotmail.com> wrote:  
 เรียนอาจารย์ รศ.ดร ชมนาด วรรณพรศิริ

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวนภัสร ยอดทองดี นิสิตปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย โดยมี ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในกรณีนี้จึงใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยแบบวัด การสนับสนุนทางสังคม (The personal resource questionnaire PRQ 85 Part II) ของอาจารย์ ทีแปลไทยปี 2535

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตของใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากอาจารย์ และขอบพระคุณอาจารย์มา ณ โอกาสนี้

นภัสร ยอดทองดี  
 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วพบ.ชัยนาท



### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
meanasq	.072	132	.090	.978	132	.034
sumllf	.062	132	.200 <sup>*</sup>	.977	132	.023
sumpsi	.075	132	.066	.974	132	.013
sumse	.076	132	.060	.983	132	.096
sumss	.065	132	.200 <sup>*</sup>	.986	132	.184
sumham	.061	132	.098 <sup>*</sup>	.988	132	.336
sumhope	.075	132	.068	.986	132	.208

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

### Statistics

		sumllf	sumpsi
N	Valid	132	132
	Missing	0	0
Mean		107.4394	56.2197
Median		105.5000	57.0000
Std. Deviation		25.55618	8.76784
Variance		653.118	76.875
Minimum		56.00	36.00
Maximum		155.00	81.00
Percentiles	25	92.2500	51.0000
	50	105.5000	57.0000
	75	127.5000	62.0000

sqreco

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0.00	21	15.9	15.9	15.9
	1.00	111	84.1	84.1	100.0
	Total	132	100.0	100.0	

serecode

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	19	14.4	14.4	14.4
	2.00	99	75.0	75.0	89.4
	3.00	14	10.6	10.6	100.0
	Total	132	100.0	100.0	

hamreco

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0.00	21	15.9	15.9	15.9
	1.00	33	25.0	25.0	40.9
	2.00	35	26.5	26.5	67.4
	3.00	43	32.6	32.6	100.0
	Total	132	100.0	100.0	

## ssreco

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	60	45.5	45.5	45.5
	2.00	72	54.5	54.5	100.0
	Total	132	100.0	100.0	



## hoperecode

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	19	14.4	14.4	14.4
	2.00	66	50.0	50.0	64.4
	3.00	47	35.6	35.6	100.0
	Total	132	100.0	100.0	



## สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation coefficient)

		meanasq	sumllf	sumps	sumse	sumss	sumham	sumhope
meanasq	Pearson Correlation	1	-.129	-.330**	-.315**	-.313**	.618**	.276**
	Sig. (2-tailed)		.140	.000	.000	.000	.000	.001
	N	132	132	132	132	132	132	132
sumllf	Pearson Correlation	-.129	1	.270**	.121	.120	-.292**	-.216*
	Sig. (2-tailed)	.140		.002	.166	.172	.001	.013
	N	132	132	132	132	132	132	132
sumps	Pearson Correlation	-.330**	.270**	1	.399**	.511**	-.453**	-.517**
	Sig. (2-tailed)	.000	.002		.000	.000	.000	.000
	N	132	132	132	132	132	132	132
sumse	Pearson Correlation	-.315**	.121	.399**	1	.486**	-.475**	-.437**
	Sig. (2-tailed)	.000	.166	.000		.000	.000	.000
	N	132	132	132	132	132	132	132
sumss	Pearson Correlation	-.313**	.120	.511**	.486**	1	-.443**	-.578**
	Sig. (2-tailed)	.000	.172	.000	.000		.000	.000
	N	132	132	132	132	132	132	132
sumham	Pearson Correlation	.618**	-.292**	-.453**	-.475**	-.443**	1	.388**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.000	.000	.000		.000
	N	132	132	132	132	132	132	132
sumhope	Pearson Correlation	.276**	-.216*	-.517**	-.437**	-.578**	.388**	1
	Sig. (2-tailed)	.001	.013	.000	.000	.000	.000	
	N	132	132	132	132	132	132	132

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

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

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนภัสสร ยอดทองดี เกิดเมื่อวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2531 ที่จังหวัดชัยนาท สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ปีการศึกษา 2552 จากนั้นเข้ารับการศึกษต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีการศึกษา 2556 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการสอน) ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

