การพัฒนาและทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ของแบบประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย

THE DEVELOPMENT AND CONSTRUCT VALIDITY TESTING OF DEPRESSIVE SYMPTOM INVENTORY FOR THAI OLDER PERSONS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

*รังสิมันต์ สุนทรไชยา, R.N., Ph.D. (Rangsiman Soonthornchaiya, R.N., Ph.D.)**
*ธรณินทร์ กองสุข, พบ. (Thoranin Kongsuk, M.D., M.Sc., M.Econ.)***
*สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล, พบ. (Suwanna Arunpongpaisal, M.D., M.Sc.)****
*วาสินี วิเศษฤทธิ์, ปร.ด. (Wasinee Wisetrit, R.N., Ph.D.)*****
*สุพัตรา สุขาวห, R.N., Ph.D. (Supattra Sukhawaha, R.N., Ph.D.)******
*จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน, R.N. (Jintana Leejongpermpool, R.N., M.P.A.)******

Abstract

Objective: To develop and evaluate the construct validity of the Depressive Symptom Inventory for Thai Older Persons with depressive disorders

Methods: The study samples were divided into two groups. First was a group of 40 older persons that were diagnosed with a depressive disorder. Second, 390 samples were older persons with chronic disease that were diagnosed with a depressive disorder. Both samples were recruited from the clinic at the government hospitals in four regions of Thailand. The instrument was the Depressive Symptom Inventory for Thai Older Persons and was judged by eight experts. The content validity index of the instrument was 0.73. The instrument's reliability using Cronbach's alpha coefficient was 0.95. After the data collection, the data were analyzed using exploratory factor analysis with Mplus.

Results: The Depressive Symptom Inventory for Thai Older Persons with depressive disorders was composed of sixteen items with two components: 1) the depression factor included 12 items with factor loadings between 0.431 and 0.784; and 2) the suicidality factor included 4 items with factor loadings between 0.451 and 0.933. The instrument's reliability using Cronbach's alpha coefficient was 0.95.

Conclusion: The two factors of depression

*Corresponding author, *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ E-mail:rangsiman@nurse.tu.ac.th*
**ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัด อุบลราชธานี*
***ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*
****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
*****พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัด อุบลราชธานี*

_18-0724(100-112)7.indd 100 7/21/61 BE 11:33 AM

and suicidality were found to be the major components of the Depressive Symptom Inventory for Thai Older Persons with depressive disorders. Moreover, the items were commonly used according to the perspectives of Thai older adults. However, this instrument needs further improvement and testing with other psychometric properties.

Keywords: Depressive Symptom Inventory, Older Persons with Depressive Disorders

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติความตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง คือ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า จากโรงพยาบาลของรัฐทั้ง 4 ภาค จำนวน 40 คน กลุ่มที่ 2 เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าจากโรงพยาบาลของรัฐทั้ง 4 ภาคและผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จำนวน 390 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินอาการซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.73 ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างโดยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป Mplus

ผลการศึกษา: แบบประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย ที่พัฒนาขึ้นมีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) ความซึมเศร้า มีข้อคำถาม 12 ข้อ มีค่าน้ำหนักตัวประกอบอยู่ระหว่าง 0.431-0.784 และ 2) ความคิดฆ่าตัวตาย มีจำนวนข้อคำถาม 4 ข้อ มีค่าน้ำหนักตัวประกอบอยู่ระหว่าง 0.451-0.933 วิเคราะห์ความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.95

สรุป: องค์ประกอบความซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย เป็นองค์ประกอบสำคัญของแบบประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย นอกจากนั้น ข้อคำถามเป็นข้อความภาษาที่ใช้บ่อยตามมุมมองของผู้สูงอายุไทย อย่างไรก็ตาม เครื่องมือฉบับนี้ ต้องการปรับปรุงและตรวจสอบคุณภาพทางจิตวิทยาด้านอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: แบบประเมินอาการซึมเศร้า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและร่างกาย ได้แก่ อารมณ์เศร้าหดหู่ ขาดอารมณ์สนุกเพลิดเพลิน รู้สึกไร้ค่า สิ้นหวัง เบื่อหน่าย หลีกเลี่ยงกิจกรรมต่าง ๆ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียความรู้สึกทางเพศ เป็นต้น (Beck & Alford, 2009) ทำสิ่งต่าง ๆ ช้าลง รวมทั้งการพูดช้าและความจำลดลง หรืออาจมีอาการปวดตามร่างกายโดยอธิบายไม่ได้ และมีความคิดฆ่าตัวตาย (Robinson, Smith, & Segal, 2017) โดยอาการดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการทำงาน สัมพันธภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะความคิดอยากทำร้ายตนเอง (Roose & Sackeim, 2004) ซึ่ง

อาการและอาการแสดงมีความแตกต่างจากอาการในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย คือผู้สูงอายุจะมีอาการไม่สบายทางกายมาก แต่ในขณะที่ความผิดปกติทางอารมณ์อาจมีไม่มาก และมาพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย จึงทำให้เข้าใจว่า โรคซึมเศร้าเป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุที่เป็นไปตามวัยและไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าบางรายถูกละเลย ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม หรือมีอาการแสดงไม่ชัดเจน สมาชิกครอบครัวอาจมุ่งเน้นรักษาที่โรคประจำตัวทางกายมากกว่า ประกอบกับการฆ่าตัวตายของกลุ่มผู้สูงอายุที่เกิดจากโรคซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า (Conwell & Brent, 1996) ดังนั้นโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จึงจัดเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งที่บุคลากรสาธารณสุขควรเฝ้าระวังและดูแลอย่างเร่งด่วน

การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุอาจมีความแตกต่างกับบุคคลในวัยอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุรายงานอาการมีอารมณ์เศร้า น้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ (Gallo, Anthony, & Muthen, 1994) แต่จะรายงานอาการนอนไม่หลับ อารมณ์หดหู่ เหนื่อยล้า ทำอะไรช้าลงกว่าที่เคยทำ หลงลืม ไม่อยากทำอะไร (Christensen et al., 1999) ใจเต้นตุ้บ ๆ คิดแต่เรื่องร้าย ๆ ไม่มีความสุข หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าวทางวาจาต่อผู้อื่น (Soonthornchaiya, & Dancy, 2006) และมีความแตกต่างกันในภาษาที่ใช้ (Kim, Decoster, Huang, & Bryant, 2013) นอกจากนั้น ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย หน้าที่การรู้คิดและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งสภาพบริบทสังคมวัฒนธรรมไทย เกี่ยวกับการไม่กล้าบอกหรือแสดงออก เมื่อได้รับการสอบถามถึงเรื่องความไม่สบายใจ ความผิดหวัง ความทุกข์ใจของบุคคล จึงทำให้การประเมินอาการซึมเศร้าถูกละเลยหรือคลาดเคลื่อนไป ประกอบกับการดำเนินของโรคซึมเศร้ามีระยะของอาการสงบและมีระยะของอาการรุนแรง อาการกำเริบ และอาการกลับเป็นซ้ำได้ การประเมินอาการซึมเศร้าที่เป็นอาการทางคลินิก จึงมีความสำคัญในการรักษาและการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจงเหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย

ในปัจจุบันยังไม่พบเครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า เพื่ออธิบายลักษณะหรือความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แต่มีเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบวัดความเศร้าของผู้สูงอายุไทยทั้งฉบับ 15 ข้อ ซึ่งได้รับการพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยมาจากฉบับภาษาอังกฤษจะมีค่าความไว 0.92-1 และความจำเพาะ 0.49-0.87 (Wongpakarun, Wongpakarun, & Reekum, 2013) นับได้ว่าเป็นค่าที่น่าเชื่อถือได้ การทบทวนโครงสร้างองค์ประกอบพบความแตกต่างทางภาษา ส่งผลต่อค่าความสอดคล้องภายในของโครงสร้างองค์ประกอบของข้อคำถาม (Kim, Decoster, Huang, & Bryant, 2013) รวมทั้งปัจจัยทางวัฒนธรรม อาจส่งผลต่อความเข้าใจในการตอบข้อคำถาม ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการประเมินภาวะซึมเศร้า (Flacker & Spiro, 2003) ในปี พ.ศ. 2549 ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2549) ได้มีการพัฒนาการบริการตามระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า เป้าหมายคือ เพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดอัตราการเกิดโรคใหม่ เพิ่มการหาย/ทุเลา และป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีกิจกรรมหลักคือ การค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ซึ่ง

พัฒนาโดย สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล และคณะ (2549) เป็นเครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้า มีความไวสูง ใช้ง่าย ใช้กับผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความไวร้อยละ 97.3 (95%CI = 95.4-7.6%) ความจำเพาะต่ำร้อยละ 45.6 (95%CI = 42.5-48.7%) ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (positive likelihood ratio) เท่ากับ 4.82 เท่า เมื่อได้ผลคัดกรองจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q)ว่า มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า แล้วจึงประเมินความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าด้วย แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย9คำถาม พัฒนาโดยธรณินทร์ กองสุขและคณะ (2557) ตามระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดทั้งประเทศ ทำการทดสอบความน่าเชื่อถือ ความเที่ยงตรง และความสอดคล้องของระดับความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า โดยเปรียบเทียบกับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) พบว่า 9Q มีค่า Cronbach's Alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.7836-0.8210 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.821 ส่วนผลการเปรียบเทียบกับแบบประเมิน HRSD-17 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.719 (P-value < 0.001) ผลการทดสอบความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงพบว่า มีค่าความไวเท่ากับร้อยละ 85 ค่าความจำเพาะ เท่ากับร้อยละ 72 และค่า likelihood ratio เท่ากับ 3.04 (95%CI = 2.16-4.26) หลังจากประเมินแล้วผลพบว่า มีอาการของโรคซึมเศร้าที่คะแนน 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป จะส่งให้แพทย์วินิจฉัยโรคโดยใช้ค่าคะแนนของ 9Q ประกอบการวินิจฉัยโรค และให้การรักษาต่อไป

เครื่องมือในการคัดกรองและการประเมินอาการโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าดังกล่าวมีข้อจำกัด เนื่องจากไม่ได้เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า นอกจากนั้น แบบประเมินความเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทยที่มีอยู่ในปัจจุบัน มุ่งเน้นประเมินความรู้สึกเชิงบวกเชิงลบและอาการต่าง ๆ เป็นหลัก ไม่ได้คำนึงถึงการทำหน้าที่ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน หรือการแสดงออกอารมณ์ ความรู้สึกตามบริบทวัฒนธรรมสังคมไทย จึงอาจทำให้การประเมินโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ไม่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทย ซึ่งอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงสัมพันธ์กับการไม่ได้รับการดูแลตามความต้องการในระดับสูง (Houtjes, van Meijel, Deeg, & Beekman, 2011; Wiersma, 2006) อาจทำให้การรักษาและการพยาบาลไม่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับการประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย ยังพบน้อยมากในสังคมวัฒนธรรมและวิถีชีวิตไทย ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจสร้างและพัฒนาแบบประเมินอาการซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเพื่อนำมาเป็นเครื่องมือในการประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าหรือติดตามการรักษาและการพยาบาล นำสู่การมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ในการสร้างศักยภาพและความสามารถเพื่อการพัฒนาทางสังคม เป็นการเสริมสร้างความมั่นคงของประเทศสืบไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติด้านความตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยพัฒนาเครื่องมือ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาแบบประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย

ประชากร ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่มีคลินิกจิตเวชใน 4 ภาค ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 1 เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 40 คน ในพื้นที่โรงพยาบาลที่มีคลินิกจิตเวชใน 4 ภาค ได้แก่ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ (ภาคเหนือ) โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม (ภาคกลาง) และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ภาคใต้)

กลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 2 เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าในพื้นที่ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกิ่วแลหลวง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ (ภาคเหนือ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพระยาอนุบาลดิตถกรรม จังหวัดนนทบุรี (ภาคกลาง) โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง (ภาคใต้) จำนวน 390 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยสูตร $N = (Z_{\alpha/2}/CI)^2 + 3$ (Norman & Streiner, 1986) เท่ากับ 387 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากโรงพยาบาลมีคลินิกจิตเวชใน 4 ภาค ภาคละ 100 คน อย่างไรก็ตาม เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถาม จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 390 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ COA No. 213/2560 ลงวันที่ 27 มกราคม 2560 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่สธ 0811/3666 ลงวันที่ 30 กันยายน 2558 โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เลขที่โครงการ SSR REC 06/2560 ลงวันที่ 3 มีนาคม 2560 โดยก่อนการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาข้อมูลเป็นความลับ การเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ อาสาสมัครวิจัยมีสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ในการรักษา และสามารถออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมของอาสาสมัครวิจัยและเป็นประโยชน์ทางด้านวิชาการเท่านั้น หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมโดยความสมัครใจ จึงลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอม และผู้วิจัยจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนพัฒนาเครื่องมือ

1. การพัฒนาข้อคำถาม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุและแบบประเมินอาการซึมเศร้า ทั้งในหนังสือ ตำรา บทความวิจัย ทั้งในและต่างประเทศ

1.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของคุณลักษณะอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจากการสนทนากลุ่มและจากการทบทวนวรรณกรรม นำข้อมูลมาจัดเป็นกลุ่มของอาการแต่ละด้าน รวม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสมาธิและความจำ ด้านอารมณ์ความรู้สึกซึมเศร้า ด้านพฤติกรรมและด้านความคิด

1.3 นำข้อมูลที่ได้จากการจัดกลุ่มของอาการมาเขียนเป็นข้อคำถามแบบประเมินอาการซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 41 ข้อ แบ่งออกเป็น ด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ ด้านสมาธิและความจำ จำนวน 2 ข้อ ด้านอารมณ์ความรู้สึกซึมเศร้า จำนวน 15 ข้อ ด้านพฤติกรรม จำนวน 7 ข้อ และด้านความคิด จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบประเมินค่าความรุนแรง 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ระดับปานกลางและระดับมาก ประเมินความถี่ของการเกิดอาการ 3 ระดับ ได้แก่ นาน ๆ ครั้ง (1-6 วัน) บ่อย (7-10 วัน) และเกือบทุกวัน (> 10 วัน)

1.4 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำร่างแบบประเมินอาการซึมเศร้าครั้งที่ 1 จำนวน 41 ข้อ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การดูแล/รักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย จิตแพทย์ 7 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 คน รวมทั้งสิ้น 8 คน คำนวณโดยค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาในภาพรวม ได้เท่ากับ 0.73 และคณะผู้วิจัยได้ร่วมประชุมเพื่อพิจารณาข้อคำถามรายข้อ เมื่อพิจารณาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.25-1 จึงนำข้อความในแต่ละข้อมาปรับภาษาของข้อคำถามให้ชัดเจน และปรับข้อความในแต่ละข้อให้คงความหมายที่เฉพาะเจาะจง เช่น ใช้คำว่า “ปวดศีรษะ” แทนคำว่า “เวียนศีรษะ” คำว่า “เพลีย เหนื่อย อ่อนล้า” ปรับเป็น “อ่อนเพลีย ไม่มีแรง” คำว่า “คิดมากเรื่องไม่ดีหลายเรื่องต่อเนื่องกัน” ปรับเป็น “คิดแต่เรื่องไม่ดีวนเวียนซ้ำ ๆ” เป็นต้น รวมทั้งมีข้อความที่ซ้ำซ้อนกัน ความหมายใกล้เคียงกัน 2-3 ข้อ รวมทั้งข้อความที่แสดงถึงอาการของโรควิตกกังวล หรืออาการอื่น ๆ ที่ไม่อยู่ในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า จึงได้ปรับเป็นข้อความที่มีความหมายใกล้เคียงกันมากที่สุดเพียงข้อเดียว และได้ร่างแบบประเมินอาการซึมเศร้าครั้งที่ 2 จำนวน 30 ข้อ

1.5 การตรวจสอบความเข้าใจและความชัดเจนของข้อคำถาม โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (Suebwonglee, Sujiva, &Wongwanich, 2011) เพื่อทำให้ข้อคำถามมีความชัดเจน มีรายละเอียดเพิ่มขึ้น และมากพอที่ทำให้ผู้ตอบเข้าใจความหมายของข้อคำถามมากที่สุด ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำร่างแบบประเมินอาการซึมเศร้าครั้งที่ 2 จำนวน 30 ข้อ ไปให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 30 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 5 คน ตอบคำถามแต่ละข้อเป็นคำพูดแสดงความคิดเห็น รายบุคคล เพื่อประเมินความเข้าใจข้อคำถามและวิธีการตอบคำถามเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของแบบประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุหรือไม่ สามารถปรับการใช้คำในแต่ละข้อคำถามให้เข้าใจง่ายได้อย่างไร คำถามสำหรับการตรวจสอบความเข้าใจข้อคำถาม เช่น “ท่านเข้าใจข้อคำถามนี้อย่างไร?” “ท่านต้องการใช้คำใดถามแทนข้อคำถามนี้” เป็นต้น หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยประชุมร่วมกันในการปรับข้อคำถาม ปรับลดข้อความที่ทำให้ไม่เข้าใจ หรือเข้าใจยาก หรือยังเป็นภาษากำกวม หรือรวมข้อคำถามที่ให้

_18-0724(100-112)7.indd 105 7/21/61 BE 11:33 AM

ความเข้าใจในทำนองเดียวกัน จนกระทั่งได้ร่างแบบประเมินอาการซึมเศร้าครั้งที่ 3 จำนวน 16 ข้อ

2. การทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ และวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในและความเป็นเอกพันธ์ (internal consistency reliability)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เนื้อหา โดยมีการพิจารณาจัดกลุ่มอาการที่คล้ายกันอยู่ในกลุ่มเดียวกัน และอาการที่แตกต่างกันแยกอยู่อีกกลุ่มหนึ่ง ทั้งนี้ได้จัดความหมายของกลุ่มอาการตามบริบทของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแล หลังจากนั้นนำข้อมูลมาสร้างเป็นข้อสรุปคุณลักษณะอาการซึมเศร้าเป็นข้อคำถาม

2. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจโดยใช้โปรแกรมสถิติ Mplus version 7.4 (Muthen & Muthen, 2012) แบบข้อมูลต่อเนื่อง เพื่อจำแนกองค์ประกอบหลักและตัวประกอบร่วมของแต่ละองค์ประกอบ ก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบได้ตรวจสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์องค์ประกอบ กล่าวคือ การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (correlations) โดยพิจารณาจาก ตัวแปรเป็นค่าต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่อย่างน้อย 300 ราย เมตริกซ์สหสัมพันธ์ พบว่าค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรทุกคู่มีค่าเข้าใกล้ 1 (DeVellis, 2012) แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมในการวิเคราะห์องค์ประกอบ ต่อมาเป็นขั้นตอนการวิเคราะห์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ คือ 1) การสกัดองค์ประกอบขั้นต้น เป็นการตัดสินจำนวนองค์ประกอบจากตัวแปรร่วมที่มีความสัมพันธ์กันและมีความแปรปรวนร่วมกัน โดยการพิจารณาจากค่าความแปรปรวนขององค์ประกอบร่วม หรือค่าไอเกน (eigenvalue) ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 1 (สังคม ศุภรัตนกุล, 2557; DeVellis, 2012) 2) การเลือกวิธีหมุนแกน การวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการหมุนแกนองค์ประกอบแบบ oblique with geomin ซึ่งตัวประกอบร่วมทุกตัวมีความสัมพันธ์กัน 3) การสร้างตัวแปรประกอบโดยการพิจารณาเลือกน้ำหนักองค์ประกอบและตั้งชื่อองค์ประกอบ (วรรณี แกมเกตุ, 2557) โดยเลือกตัวแปรที่มีน้ำหนักปัจจัยมากที่สุด และมีค่ามากกว่า 0.3 ขึ้นไป (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010)

3. วิเคราะห์ความสอดคล้องภายในและความเป็นเอกพันธ์ ของแบบประเมินด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha)

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย พบว่า มีองค์ประกอบที่มีค่าไอเกนมากกว่า 1 จำนวน 2 องค์ประกอบ คือ 1) ความซึมเศร้า และ 2) ความคิดฆ่าตัวตาย องค์ประกอบที่ 1 ประกอบด้วยตัวแปรย่อย 12 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักตัวประกอบ อยู่ระหว่าง .431-.784 เป็นลักษณะการแสดงออกของอารมณ์เศร้าและอาการที่เกี่ยวข้อง เช่น อาการทางร่างกายและปัญหาการรู้คิด จึงเรียกว่า "ความเศร้า" องค์ประกอบที่ 2 ประกอบด้วยตัวแปรย่อย 4 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักตัวประกอบ อยู่ระหว่าง .451-.933 เป็นลักษณะการคิดเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมในทางไม่ดีแบบวนเวียนซ้ำ ๆ ทำให้การทำกิจวัตรประจำวันลดลง จนกระทั่งมีความคิดฆ่าตัวตาย จึงเรียกว่า

"ความคิดฆ่าตัวตาย" ดังแสดงในตารางที่ 1 และความสอดคล้องภายในและความเป็นเอกพันธ์ของแบบประเมินทั้งฉบับ เท่ากับ 0.947 ความสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับแบบประเมินทั้งฉบับมีค่าระหว่าง 0.642-0.899

ตารางที่ 1 จำนวนองค์ประกอบ ค่าน้ำหนักองค์ตัวแปรและค่าไอเกน

องค์ประกอบ	ข้อ	อาการซึมเศร้า	ค่าน้ำหนัก	ค่าไอเกน
1. ความซึมเศร้า	3	อ่อนเพลีย อ่อนล้า เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง	0.784	9.168
	8	รู้สึกร้องไห้ง่าย เหงาเศร้า เบื่อหน่ายท้อแท้ใจหดหู่ห่อเหี่ยว ไม่สดชื่น ไม่มีชีวิตชีวา	0.767	
	7	รู้สึกน้อยใจง่าย ผิดหวัง ไม่ได้ดั่งใจ	0.741	
	2	นอนไม่หลับ หลับๆตื่นๆ หรือตื่นขึ้นมากลางดึก แล้วหลับต่อไม่ได้	0.738	
	9	รู้สึกไม่อยากทำอะไร ไม่อยากพูดกับใคร อยากหนีไปให้พ้นไกลๆ หมดกำลังใจ หมดอาลัยตายอยาก	0.664	
	6	ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ตั้งใจได้ไม่นาน	0.617	
	1	ปวดมึนศีรษะ	0.590	
	12	อยู่ไม่สุข อยู่นิ่งไม่ได้ ผุดลุกผุดนั่ง กระวนกระวาย	0.528	
	5	ลืมง่าย นึกไม่ออก	0.519	
	10	รู้สึกไม่มีความสุข ทำอะไรไม่สนุกสนานเพลิดเพลินเหมือนเดิม ทุกข์ทรมานใจ	0.510	
	13	คิดแต่เรื่องไม่ดี วนเวียน ซ้ำๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความผิดพลาด ความล้มเหลว	0.459	
	4	เบื่ออาหาร กินข้าวไม่ลง ไม่อยากกินอะไร	0.431	
2. ความคิดฆ่าตัวตาย	14	คิดตำหนิตัวเองว่า ทำอะไรไม่สำเร็จ ทำอะไรไม่ได้ ไม่มีค่า ไม่สำคัญเท่าเดิม เป็นภาระกับคนอื่น	0.933	1.212
	15	คิดว่าในชีวิตไม่มีอะไรดีซักอย่างเลยหมดหวังกับอนาคต	0.815	
	16	คิดไม่อยากอยู่ อยากหลับไม่ตื่น คิดถึงความตายคิดอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย	0.629	
	11	ทำอะไรช้าลง ทำกิจวัตรประจำวันลดลง นั่งซึมนิ่งเฉย นอนซมทั้งวัน อยู่คนเดียว ไม่ทำกิจกรรมทางสังคมใดๆ	0.451	

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย จำนวน 390 คน ทั้ง 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ทั่วประเทศ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ความซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย สามารถอภิปรายผล ดังนี้ คือ แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ เช่นเดียวกับแบบประเมิน MINIMUM

DATA SET BASED DEPRESSION RATING SCALE (MDS-DRS scale) สำหรับผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว (Hsiao, Lan, Chang, & Li, 2015) และแบบวัดความเศร้าของผู้สูงอายุไทย จำนวน 15 ข้อ (Wongpakaran et al., 2013) แต่แตกต่างกันที่การเรียกชื่อองค์ประกอบ ในแบบประเมิน MDS-DRS scale ประกอบด้วย องค์ประกอบด้านความเศร้า เช่น การร้องไห้ ความกังวล ความปวด เป็นต้น และองค์ประกอบด้านความทุกข์ทรมาน เช่น การบ่นที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ การบ่นในทางไม่ดีซ้ำ ๆ เป็นต้น ในขณะที่ในแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทยที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยด้านการแสดงอาการไม่สุขสบายทางร่างกายร่วมกับอารมณ์ความรู้สึกในเชิงลบเกี่ยวกับตนเองหรือเป็นผลมาจากผู้อื่น และด้านการคิดเกี่ยวกับตนเองในทางไม่ดี หรือคิดฆ่าตัวตาย นอกจากนั้น ยังสอดคล้องกับเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) ฉบับภาษาไทย จำนวน 14 ข้อ (สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2553) ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านอารมณ์ซึมเศร้าและองค์ประกอบด้านอาการทางกาย และสอดคล้องกับ เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ EURO-D (Prince et al., 1999) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ ด้านความทุกข์ทางอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า มีน้ำตาตลอดเวลา และปรารถนาความตาย และอีกองค์ประกอบเป็นด้านแรงจูงใจ เช่น ขาดความสนใจ ไม่มีสมาธิและไม่รู้สึกสนุกสนาน อย่างไรก็ตาม การศึกษาความตรงและองค์ประกอบเชิงโครงสร้างของเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย EURO-D ฉบับภาษาไทย (Jirapramukpitak, Darawuttimaprakorn, Punpuing, & Abas, 2009) พบ 3 องค์ประกอบซึ่งแตกต่างจากฉบับภาษาอังกฤษ ได้แก่ ด้านความทุกข์ทางอารมณ์ ด้านแรงจูงใจและด้านการนอนและความอยากอาหาร

เมื่อพิจารณาแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย พบว่า องค์ประกอบที่ 1 ความซึมเศร้า เป็นลักษณะของกลุ่มอาการสำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกในเชิงลบและการแสดงออกทางกายเกี่ยวกับการเจ็บปวด การนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เป็นต้น ซึ่งในแต่ละข้อแสดงถึงความแตกต่างระหว่างอาการทางอารมณ์และอาการทางร่างกาย เช่น ข้อ 3 “อ่อนเพลีย อ่อนล้า เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง” มีค่าน้ำหนัก 0.784 แตกต่างจาก ข้อ 13 “คิดแต่เรื่องไม่ดี วนเวียนซ้ำๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความผิดพลาด ความล้มเหลว” มีค่าน้ำหนัก 0.459 และข้อ 4 “เบื่ออาหาร กินข้าวไม่ลง ไม่อยากกินอะไร” มีค่าน้ำหนัก 0.431 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มักมีอาการทางร่างกายเกี่ยวกับความอ่อนเพลีย ไม่มีแรง สังเกตเห็นได้ชัดเจนกว่าเรื่องการสังเกตอารมณ์ ส่วนอารมณ์ ความรู้สึกที่เป็นในเชิงลบ อารมณ์หดหู่ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ผิดหวัง น้อยใจ รู้สึกไม่อยากทำอะไร หมดกำลังใจ มักจะพบเป็นอาการสำคัญที่รองลงมา ทั้งนี้ การแสดงอารมณ์ในเชิงหดหู่ หมดกำลังใจ ไม่มีความสุข ขาดความสนุกสนานเพลิดเพลิน อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม สิ่งแวดล้อม รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคทางร่างกาย เช่น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการรักษาและการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุมีการคิดในลักษณะ การคิดวนเวียน

คิดเรื่องไม่ดีซ้ำๆ คิดแต่เรื่องการเจ็บป่วยของตนเอง จึงส่งผลกระทบต่ออาการของโรคซึมเศร้าทำให้เกิดอาการรุนแรงขึ้น หรือมีอาการกลับเป็นซ้ำ

ส่วนอาการสำคัญอื่นๆที่รวมอยู่ในองค์ประกอบด้านความเศร้า ได้แก่ ลักษณะอาการนอนไม่หลับ หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือตื่นขึ้นมากลางดึก แล้วหลับต่อไม่ได้ และอาการลืมง่าย นึกไม่ออก ซึ่งอาการนอนไม่หลับที่มีลักษณะเฉพาะแบบนี้ สังเกตได้ว่าเป็นลักษณะอาการของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า (Leblanc, Desjardins, & Desgagné, 2015) โดยมีลักษณะการเข้านอนจะใช้เวลานาน หรือมีความยากลำบากในการเริ่มหลับ และมักจะตื่นขึ้นมากลางดึก อาการนอนไม่หลับเป็นอาการสำคัญและเป็นอาการเตือนของโรคจิตเวชส่วนใหญ่ รวมทั้งโรคซึมเศร้า อาการนอนไม่หลับจะเห็นปรากฏอยู่ในข้อคำถามของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าทั้งหลาย

อาการลืมง่าย นึกไม่ออก อาจทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจว่า เป็นลักษณะปกติของวัยสูงอายุ เนื่องจากเป็นความเสื่อมตามธรรมชาติของการสูงอายุ ทำให้การทำหน้าที่ของการรู้คิด ทั้งในด้านความจำลดลง การคิดช้า การตัดสินใจไม่ได้หรือไม่แน่ใจ แต่จากการศึกษาเกี่ยวกับโรคความเสื่อมทางระบบประสาท พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความเสื่อมของระบบประสาท มีการเสื่อมสลายของโปรตีนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของสมอง เช่น apolipoprotein E (APOE), beta amyloid (Aβ), และ tau เป็นต้น ทำให้การทำงานด้านความจำลดลง ด้านการวางแผน การพูด การเคลื่อนไหวช้าลง (Wang & Blazer, 2015)

องค์ประกอบที่ 2 ความคิดฆ่าตัวตาย เป็นลักษณะอาการสำคัญที่สังเกตเห็นได้ชัดของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเช่นกัน การศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าค่าน้ำหนักตัวประกอบของข้อ 14, 15, 16 มีลักษณะเกาะกลุ่มกัน และแตกต่างเล็กน้อยจากค่าน้ำหนักตัวประกอบของข้อ 11 อาจเนื่องจาก การคิดและการกระทำส่งผลซึ่งกันและกัน เมื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความคิดตำหนิตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีค่าเป็นภาระกับลูกหลาน คิดว่าในชีวิตไม่มีอะไรดีคิดไม่อยากอยู่ ซึ่งเป็นลักษณะการคิดที่นำไปสู่การคิดฆ่าตัวตาย จึงทำให้การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันช้าลง ไม่ทำกิจกรรมทางสังคมใด ๆ นั่นแสดงว่า กลุ่มอาการลักษณะการคิดฆ่าตัวตายเป็นอาการแสดงที่สำคัญของความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย จากการศึกษาพบว่า การคิดฆ่าตัวตายและอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันระดับสูง (Ponte, Almedia, & Fernandes, 2014)

จะเห็นได้ว่า อาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีลักษณะเป็นกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาทางกาย ทางอารมณ์ความรู้สึก และการรู้คิด ที่ผู้สูงอายุรับรู้และแสดงออกมา สอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าและความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ อย่างไรก็ตาม การรับรู้อาการเจ็บป่วยและความรุนแรงของอาการตามประสบการณ์ความเชื่อของวัฒนธรรมไทย รวมทั้งการใช้ภาษาในการอธิบาย การให้ความหมายของคำ ยังมีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค จึงทำให้การตอบข้อคำถามบางข้อยังไม่ชัดเจน

ข้อจำกัดในการวิจัย

แบบประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทยฉบับนี้ ใช้สำหรับการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมสังคมไทย จึงอาจ

_18-0724(100-112)7.indd 109 7/21/61 BE 11:33 AM

ทำให้องค์ประกอบของอาการซึมเศร้าแตกต่างไปจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอื่นๆ นอกจากนั้น การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ เป็นการวิเคราะห์ที่ได้จากข้อมูลจำนวนมากซึ่งอาจทำให้ได้จำนวนองค์ประกอบมากเกินไปกว่าความเป็นจริงทางทฤษฎีหรือแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เนื่องจากตัวแปรองค์ประกอบร่วมอาจไม่ได้เป็นไปตามทฤษฎีแต่เป็นไปตามการวิเคราะห์ข้อมูล และวิธีการตัดสินจำนวนองค์ประกอบอาจเป็นลักษณะอัตนัยมากกว่าปรนัย

สรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย แสดงให้เห็นถึงลักษณะองค์ประกอบของอาการซึมเศร้าที่เป็นลักษณะสำคัญของอาการความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ได้แก่ 1) ความซึมเศร้า เป็นกลุ่มอาการทางกาย อารมณ์ความรู้สึกเชิงลบที่ทำให้เกิดความทุกข์ ความไม่สุขสบายทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งปัญหาการรู้คิดวนเวียนแต่สิ่งไม่ดี ความจำที่ลดลง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ 2) ความคิดฆ่าตัวตาย เป็นอาการที่แสดงถึงความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและอาการที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น 16 ข้อ และมีความเที่ยงของเครื่องมือทั้งฉบับเป็นที่ยอมรับได้

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย ทำให้ทราบลักษณะขององค์ประกอบที่ได้มาจากข้อมูลจำนวนมาก และขึ้นอยู่กับคณะผู้วิจัย อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาวิเคราะห์เพื่อยืนยันองค์ประกอบและตรวจสอบคุณภาพทางจิตวิทยาด้านอื่นๆ ต่อไป ได้แก่ ความตรงตามเกณฑ์ ความไวและความจำเพาะของเครื่องมือ เป็นต้น นอกจากนั้น ควรศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและโรคร่วมเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ต้องการดูแลระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติและกรมสุขภาพจิต ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ รวมทั้งผู้สูงอายุและญาติที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลสันป่าตอง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โรงพยาบาลยโสธร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกิ่วแลหลวง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพระยาอนุบาลดิตถกรรม จังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. (2549). *การประเมินโรคซึมเศร้า: การทบทวนหลักฐานทางวิชาการ*. อุบลราชธานี: ศิริวรรณออฟเซ็ท.

ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. (2557). *แนวทางการ*

ดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

สังคม ศุภรัตนกุล. (2557). *เอกสารประกอบการสอนวิชา ระเบียบวิธีวิจัยและสถิติขั้นสูง.* สำนักงานโครงการบัณฑิตศึกษา: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี.

สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล, พุนศรี รังสีขจี, นิรมล พัจนสุนทร, สุรพล วีระศิริ, สุชาติ พหลภาคย์, และธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. (2549). การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าชื่อ Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) สำหรับคนไทยในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 51,* 330-348.

สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2553). การปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI เพื่อให้มีความไวต่อเพศภาวะ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 55*(2), 177-189.

วรรณี แกมเกตุ. (2557). *วิธีวิทยาการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*(พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Beck, A., & Alford, B. A. (2009). *Depression: causes and treatment, second edition.* University of Philadelphia, PA: Pennsylvania Press.

Christensen, H., Jorm, A. F., Mackinnon A. J., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Henderson, A. S., & Rodgers, B. (1999). Age differences in depression and anxiety symptoms: A structural equation modelling analysis of data from a general population sample. *Psychological Medicine, 29*(2), 325-339.

Conwell, Y., & Brent, D. (1996). Suicide and aging I: Patterns of psychiatric diagnosis. In J. L., Pearson & Y., Conwell, (Eds). *Suicide: International perspectives.* New York: Springer.

DeVellis, R. F. (2012). *Scale development: Theory and applications* (3rd ed.). Newbury Park: Sage.

Flacker, J. M., & Spiro, L. (2003). Does question comprehension limit the utility of the geriatric depression scale in older African Americans? *Journal of American Geriatric Society, 51*(10), 1511-1512.

Gallo, J. J., Anthony, J. C., & Muthen, B. O. (1994). Age differences in the symptoms of depression: A latent trait analysis. *Journal of Gerontology, 49*(6), 251-264.

Houtjes, W., van Meijel, B., Deeg, D. J. H., & Beekman, A. T. F. (2011). Unmet needs of outpatients with late-life depression: A comparison of patient, staff and carer perceptions. *Journal of Affective Disorders, 134,* 242–248.

Hsiao, C. Y., Lan, C. F., Chang, P. L., & Li, I. C. (2015). Development of the psychometric property of a minimum data-set based depression rating scale for use in long-term care facilities in Taiwan. *Aging & Mental Health, 19*(2), 129-135.

Jirapramukpitak, T., Darawuttimaprakorn, N., Punpuing, S., & Abas, M. (2009). Validation and factor structure of the Thai version of the EURO-D scale for depression among older psychiatric patients. *Aging and Mental Health, 13*(6), 899-904.

Kim, G., Decoster, J., Huang, C. H., & Bryant, A. N. (2013). A meta-analysis of the factor structure of the Geriatric Depression Scale (GDS): The effect of language. *International of Psychogeriateics, 25*(1), 71-81.

Leblanc, M. F., Desjardins, S., &, Desgagné A. (2015). Sleep problems in anxious and depressive older adults. *Psychology Research and Behavior Management, 8*, 161-169.

Muthen, L. K., Muthen, B. O. (2012). *Mplus User's Guide* (7th ed.). Los Angeles, CA: Muthen & Muthen.

Norman, G. R., & Streiner, D. L. (1986). *PDQ statistics.* U.K.: Mosby.

Ponte, C., Almedia, V., & Fernandes, L. (2014). Suicidal ideation, depression and quality of life in the elderly: Study in a gerontopsychiatric consultation. *The Spanish Journal of Psychology, 17,* E14. doi:10.1017/sjp.2014.15.

Prince, M. J., Reischies, F., Beekman, A. T., Fuhrer, R., Jonker, C., Kivela, S. L., et al. (1999). Development of the EURO-D scale–A European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *British Journal of Psychiatry, 174,* 330–338.

Robinson, L., Smith, M., & Segal, J. (2017). Depression in older adults: *Recognizing the signs of elderly depression and getting treatment.* Retrieved April 2, 2017 from https://www.helpguide.org/articles/depression/depression-in-older-adults.htm?pdf=true.

Roose, S. P., & Sackeim, H. A. (2004). *Late life depression.* Oxford: University Press.

Soonthornchaiya, R., & Dancy, B. L. (2006). Perceptions of depression among elderly Thai immigrants. *Issues in Mental Health Nursing, 26*(6), 681-698.

Suebwonglee, C., Sujiva, S., & Wongwanich, S. (2011). Development of a nursing caring behavior assessment instrument using the cognitive interview technique. SDU Research *Journal Humanities and Social Sciences, 7*(2), 127-142.

Wang, S., & Blazer, D. J. (2015). Depression and cognition in the elderly. *Annual Review Clinical Psychology, 11,* 331–60.

Wiersma, D. (2006). Needs of people with severe mental illness. *Acta Psychiatra Scandinavica, 113*(s429). https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00728.x

Wongpakarun, N., Wongpakarun, T., & Reekum, R. V. (2013). The use of GDS-15 in detecting MDD: A comparison between residents in a Thai long-term care home and geriatric outpatients. *Journal of Clinical Medicine Research, 5*(2), 101-111.