

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแรงในชีวิต  
และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ\*

THE RELATIONSHIPS BETWEEN GENDER, ACTIVITIES OF DAILY  
LIVING, RESILIENCE, AND SOCIAL SUPPORT AND DEPRESSION  
AMONG OLDER PERSONS

ปุกิภา กิตติกุลธนนันท์, พย.บ. (Punika Kitikulthanan, B.N.S.)\*\*

พัชรินทร์ นินทจันทร์, RN, Ph.D. (Patcharin Nintachan, RN, Ph.D.)\*\*\*

โสภินิ แสงอ่อน, RN, Ph.D. (Sopin Sangon, RN, Ph.D.)\*\*\*\*

### Abstract

**Objective:** This descriptive correlational research aimed at investigating the relationships between gender, activities of daily living, resilience, and social support and depression among older persons.

**Methods:** The participants consisted of 242 older persons in a community in Ubon Ratchathani Province. Data were collected by five questionnaires comprising of a demographic data questionnaires, Barthel Activity of Daily Living Index, Resilience Inventory, Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support, and Thai

Geriatric Depression Scale. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, Spearman's rank-order correlation, and Chi-square.

**Results:** The findings revealed that activities of daily living was negatively correlated with depression ( $r_s = -.161$ ;  $p < .05$ ). Resilience and social support were negatively correlated with depression ( $r_s = -.509, -.277$ ;  $p < .001$ ). There was no relationship between gender and depression ( $X^2 = .264$ ,  $p = .608$ ). Results from this study could be applied to promote resilience and to reduce depression in older persons in the community.

\*วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)

\*\*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)

\*\*\*Corresponding author, รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Corresponding author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University), Email: patcharin.nin@mahidol.ac.th

\*\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)

วันที่รับ (received) 8 มีนาคม 2561 วันที่แก้ไข (revised) 20 พฤษภาคม 2561 วันที่ตอบรับ (accepted) 4 มิถุนายน 2561

**Keywords:** Activity of daily living, Resilience, Social support, Depression, Older persons

ซึมเศร้า ผู้สูงอายุ

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแรงในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

**วิธีการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 242 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เทิล แบบประเมินความแข็งแรงในชีวิตแบบสอบถามความรู้สึกละหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และไคสแควร์

**ผลการศึกษา:** ผลการวิจัย พบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = -.161; p < .05$ ) ความแข็งแรงในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = -.509, -.277, p < .001$ ) สำหรับปัจจัยเพศพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ( $X^2 = .264, p = .608$ ) ผลจากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

**คำสำคัญ:** การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแรงในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ภาวะ

### ความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทำนาย (Boen, Dalgard, Johansen, & Nord, 2012) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง การถดถอยและความเสื่อมของสุขภาพ ความคิดและความจำ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (เทพฤทธิ์วงศ์ภูมิและอุมาพร อุคมทรัพย์ากุล, 2554) นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 20-35 ของการฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากภาวะซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) ภาวะซึมเศร้าพบได้ร้อยละ 21 ของประชากรทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2008) สำหรับในประเทศไทยพบว่า โรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกกลุ่มอายุ จากรายงานของกรมสุขภาพจิตพบว่าอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปี พ.ศ. 2554 ถึง 2556 พบอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเท่ากับ 290.82, 345.70 และ 345.08 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2557ก; 2557ข) ภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อม และเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตอย่างมาก (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) ความชุกของภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ โดยผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีความชุกสูงสุดร้อยละ 5.6 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

ในปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) เมื่อจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น การเกิด

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุก็มีแนวโน้มสูงขึ้น จากการศึกษาของ สมศักดิ์ ชุมหรัสม์ (2552) พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยผู้สูงอายุ 60-69 ปีพบร้อยละ 4.2 ผู้สูงอายุ 70-79 ปีพบร้อยละ 4.8 และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 7.0 นอกจากนี้จำนวนการฆ่าตัวตายในประเทศไทยแยกตามช่วงอายุ พ.ศ. 2557-2558 พบว่าประชากรในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจากจำนวน 777 ราย เป็น 866 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.67 และ 20.59 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และข้อมูลจากศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ จำนวนการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มอายุ 60-69 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มสูงขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2557-2558 พบว่ามีจำนวน 492 และ 539 รายตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดในผู้สูงอายุ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อตัวผู้สูงอายุเอง ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและประเทศชาติ (พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเบื่อหน่าย ไร้ค่า หดหู่ อ้างว้าง โดดเดี่ยว ซึมเศร้า แยกตัว ความสัมพันธ์กับผู้อื่น แยกลง กระบวนการใช้ชีวิตประจำวัน และหน้าที่การทำงาน (สายฝน เอกวรังกูร, 2554) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหากไม่ได้รับการดูแลรักษา อาจนำไปสู่โรคซึมเศร้ารวมทั้งอาจเกิดความคิดฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองได้ (คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555) ผลกระทบต่อครอบครัวเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ทำให้คนในครอบครัวรู้สึกเครียด และกังวล ถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว อาจส่งผลให้ครอบครัวสูญเสียรายได้ (โสภิต

แสงอ่อน, 2558) บางครอบครัวญาติต้องหยุดงานเพื่อพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทำให้ครอบครัวมีภาระเพิ่มขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2554) ผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ ส่งผลให้เกิดภาระในการดูแลและรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณเพิ่มมากขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุก็แสดงให้เห็นว่ามีหลากหลายปัจจัย โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าได้แก่ การศึกษาต่ำ ความยากจน มีโรคประจำตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรคขึ้นไป (Li et al., 2011) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (เยาวรัตน์ ชันธิวิชัย, 2544; Barry, Murphy & Gill, 2011; Wada et al., 2005) การสนับสนุนทางสังคม (จินตนา เหลืองศิริเทียน, 2550; ช่อผกา สุทธิพงศ์ และศิริอร สิ้นธุ, 2012; มุจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559; สมใจ โชติชนพันธ์, 2550; Bozo et al, 2009; Choi & Ha, 2011; Lee & Kim, 2016; Li, Theng, & Foo, 2015; Olagunju, Olutoki, Ogunnubi, & Adeyemi, 2015; Vanderhorst & McLaren, 2005) ความแข็งแกร่งในชีวิต (มุจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559; Lim et al., 2015; Lu, Yuan, Lin, Zhou, & Pan, 2017; Schure, Odden, & Goins, 2013) การทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ (Wang & Zhao, 2012) และปัจจัยที่ยังได้ผลการศึกษาที่ไม่แน่นอน เช่น ปัจจัยเพศ ที่พบว่าผลการศึกษาคความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซึมเศร้ายังไม่แน่นอน (ชัยวัฒน์ อินไชยา, 2558; บุญราคัม จิตอารีย์, 2555; วิชดา อุ่นแก้ว และปิยธิดา กุหิรัญญรัตน์, 2558;

อาคม บุญเลิศ, 2559; Leal, Apostolo, Mendes, & Marques, 2014; Li et al., 2016; Sinha, Shrivastava, & Ramasamy, 2013)

จากการปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบในการให้การดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า การดูแลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับงานบริการสุขภาพจิตในชุมชน การที่จะดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น การเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น แม้จะพบว่ามีการศึกษา ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่หลากหลายกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุแต่บางตัวแปรยังได้ผลการศึกษาที่ไม่แน่นอน เช่น ตัวแปรเพศเป็นต้น และบางตัวแปรเป็นการศึกษาในบริบทของต่างประเทศ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแรงในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะเป็นข้อมูลสำคัญที่จะนำไปใช้ในการวางแผนให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและคงไว้ซึ่งศักยภาพที่เหมาะสมตามวัยต่อไป

#### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุซึ่งปัจจัยคัดสรรที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ เพศ

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแรงในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

**เพศ (Gender):** จากการทบทวนวรรณกรรมมีผลการศึกษาในผู้สูงอายุที่พบว่าเพศมีความเกี่ยวข้อง/สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (วิชุดา อุ่นแก้ว และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2558; Alexandrino-Silva, Alves, Tofoli, Wang, & Andrade, 2011; Sinha et al, 2013) อย่างไรก็ตามก็มีการศึกษาที่พบว่าเพศไม่มีเกี่ยวข้อง/สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (บุษราคัม จิตอารีย์, 2555; ชัยวัฒน์ อินไชยา, 2558; อาคม บุญเลิศ, 2559)

**การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Functional ability of activity of daily living):** การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น การเดินความสามารถในการสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การหosiองน้ำ และการขับถ่าย การขึ้น-ลงบันได กิจกรรมประเภทนี้จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตพื้นฐาน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2541; Mahoney & Barthel, 1965) จากการศึกษาของโบโซ่ และคณะ (Bozo et al., 2009) พบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของวาดา และคณะ (Wada et al., 2005) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากกลุ่มตัวอย่างในประเทศญี่ปุ่น เวียดนาม และอินโดนีเซีย พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของชอย และฮา (Choi & Ha, 2011) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศอเมริกา พบว่า

การที่ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากจะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามาก จากการศึกษาของเบียร์แมนและสเตทแลนด์ (Bierman & Statland, 2010) พบว่าการมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าหรืออาจกล่าวได้ว่าการที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยจะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามาก

**ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience):** ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นศักยภาพ/ความสามารถของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ พร้อมทั้งสามารถที่จะนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้นรวมถึงรับมือกับผลกระทบที่เกิดจากภาวะการณ์นั้นได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เติบโตขึ้นและเข้าใจชีวิตมากขึ้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2552; 2555; 2558; Grotberg, 1995; 1997) จากการศึกษาของ กร็อทเบิร์ก ความแข็งแกร่งในชีวิตมี 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) I have (ฉันมี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่ง เช่น มีคนที่เป็นแบบอย่างที่ดีคอยแนะนำตักเตือนและให้กำลังใจอาจเป็นคนในหรือนอกครอบครัวที่เราเชื่อใจและไว้วางใจได้ เป็นต้น 2) I am (ฉันเป็น...) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล เช่น เป็นบุคคลที่รู้จักเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ยอมรับและยกย่องผู้อื่น เป็นคนที่มีความรับผิดชอบ มีความเชื่อมั่นและมีความหวังในชีวิตเป็นคนอารมณ์ดี เป็นต้น และ 3) I can (ฉันสามารถ...) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเช่น สามารถแก้ไขปัญหาได้เหมาะสม เป็นคนมุ่งมั่น รู้จัก

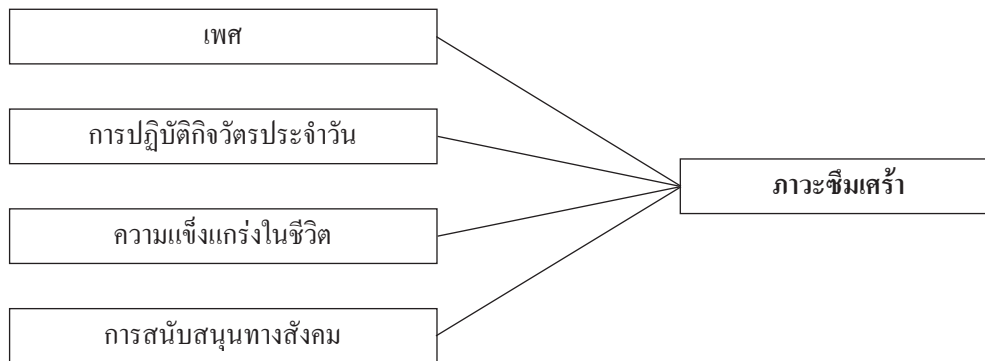
กาลเทศะ มีอารมณ์ขัน เข้าใจตนเองและผู้อื่น เป็นต้น ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้บุคคลมีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2552; 2555; 2558; Grotberg, 1995; 1997) จากการศึกษาในผู้สูงอายุ พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความเกี่ยวข้อง/สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ (Li et al., 2015; Lim et al., 2015; Lu et al., 2017; Mehta et al., 2008; Schure et al., 2013)

**การสนับสนุนทางสังคม (social support):** การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมในด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการสนับสนุนทางจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Wongpakaran, Wongpakaran, & Ruktrakul, 2011) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาในผู้สูงอายุในต่างประเทศแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคม (social support) มีความเกี่ยวข้อง/สัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Bozo et al., 2009; Choi & Ha, 2011; Lee & Kim, 2016; Li et al., 2015; Olagunju et al., 2015; Vanderhorst & McLaren, 2005) สำหรับการศึกษานี้ ผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น ผล

การศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบและสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จินตนา เหลืองศิริเทียน, 2550; ช่อพกา สุทธิพงษ์ และศิริอร สิ้นธุ, 2012; สมใจ โชติพันธ์, 2550) นั่นคือ บุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูง หรือ

หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีผู้สูงอายุก็น่าจะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ

นั่นคือ เพศ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแกร่งในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแกร่งในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

### สมมติฐานการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแกร่งในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย

ความสัมพันธ์ (descriptive correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแกร่งในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ ในตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี

### การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้หลัก Power analysis (Cohen, 1988) ซึ่งการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแกร่งในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (กาญจนา กิริยาจาม, 2553; ชัดเจน จันทรพัฒน์, สุนุดตรา



ตะบุนพงศ์ และวันดี สุทธิรังสี, 2547; Bierman & Statland, 2010; Bozo et al, 2009; Li et al, 2015) ได้คำนวณขนาดอิทธิพล medium effect size กำหนดระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) ที่ .05 และอำนาจการทดสอบ ( $1 - \beta$ ) ที่ .80 ได้ขนาดหน่วยตัวอย่าง จำนวน 220 หน่วยตัวอย่าง อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 10 รวมหน่วยตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น 242 หน่วยตัวอย่าง

### การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดอุบลราชธานี ไม่มีความบกพร่องด้านสติปัญญาและการรู้คิดโดยได้คะแนนการทดสอบแบบคัดกรองหมวดหมู่ (the set test) 25 คะแนนขึ้นไป และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ โดยทำการวิจัยในช่วงเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2560

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับอนุญาตในการเข้าเก็บข้อมูลจากสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชมรมผู้สูงอายุเมื่อได้รับอนุญาตครบตามขั้นตอนแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และสิทธิในการถอนตัวออกจากการศึกษา โดยในการเก็บรวบรวม

ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยไม่มีการแจ้งชื่อผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. เครื่องมือคัดเลือกรวมตัวอย่าง

**1.1 แบบคัดกรองหมวดหมู่ (The set test)** พัฒนาขึ้นโดยไอแซก และอักทาร์ (Isaacs & Akhtar, 1972) เป็นแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่เหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างใช้เพื่อคัดกรองโรคสมองเสื่อมเบื้องต้นในผู้สูงอายุ ซึ่งแบบประเมินเป็นการสอบถามความจำใน 4 หมวดหมู่ ได้แก่ สัตว์ ผลไม้ และเมือง (จังหวัด หรืออำเภอ) โดยในแต่ละหมวดหมู่ ผู้รับการคัดกรองสามารถตอบคำถามได้สูงสุด 10 ข้อ และมีค่าคะแนนข้อละ 1 คะแนน คะแนนรวม 40 คะแนน การแปลผลค่าคะแนนมีจุดตัดอยู่ที่ 25 คะแนน หากผู้รับการคัดกรองได้คะแนนรวม มากกว่า หรือเท่ากับ 25 คะแนน หมายถึง มีสติปัญญาการรู้คิดปกติ (สุชีรา ภัทรายุตวรรณ์, 2556) จากการศึกษาที่ผ่านมา มีการนำแบบคัดกรองนี้ไปใช้ในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุใช้เวลาในการตอบแบบคัดกรอง 2-8 นาที (ชัยวัฒน์ อินไชยา, 2558)

### 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

**2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ โรคประจำตัว โดยลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบการเลือกตอบ และเติมข้อความสั้นๆ

**2.2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)**

เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสภาพสมองแห่งประเทศไทยใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยจากการประเมินความรู้สึกผู้สูงอายุในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาลักษณะแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 2 ระดับ (0 - 1 คะแนน) เป็นการตอบรับหรือปฏิเสธ “ใช่ ” หรือ “ไม่ใช่” ผู้รับการประเมินเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง จำนวนทั้งหมด 30 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 10 ข้อ ส่วนอีก 20 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านลบ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 30 คะแนน การแปลค่าคะแนนแบ่งได้ 4 ระดับ 1-12 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 13-18 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าปานกลาง 25-30 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้ารุนแรง จากการนำแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยไปหาความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราคเท่ากับ .86 และจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 242 ราย พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราคเท่ากับ .82

**2.3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ดัชนีบาร์เทล (Barthel ADL Index) ของ Mahoney & Barthel (1965) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2541) เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้รับการประเมินโดยตรงเพื่อประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหวนิ้ว การสวมเสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ โดยมีคำถามทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ**

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 20 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปกติ การแปลผลค่าคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0 - 8 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับต่ำ 9-11 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง 12-20 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูง จากการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินในผู้ป่วยสูงอายุได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราคเท่ากับ .93 (กาญจนา กิริยาภม, 2553)

**2.4 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience Inventory) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย พัทธินันท์ นินทจันทร์, โสภิตา แสงอ่อน และทัศนาว ทวีคุณ (2555) จากแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ กรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995; 1997) ซึ่งตามแนวคิดนี้ความแข็งแกร่งในชีวิตประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ (1) “ I have ” (ฉันมี...): เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอก ที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่ง (2) ‘ I am ’ (ฉันเป็นคน...): เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล (3) “ I can ” (ฉันสามารถที่จะ...): เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แบบประเมินนี้มีข้อคำถาม 28 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ “ I have ” มีจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 5, 7, 1, 18, 23, 24 และ 28 คำถามเกี่ยวกับ “ I am ” จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 9, 12, 13, 16, 17, 19, 21, 25 และ 27 และคำถามเกี่ยวกับ “ I can ” จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 6, 8, 10, 14, 15, 20, 22 และ 26 ซึ่งแต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก เพื่อแสดงระดับความเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย 5 ระดับคือ 1 หมายถึง**



ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 3 หมายถึง เฉยๆ 4 หมายถึง เห็นด้วย และ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตคือ คะแนนรวมทั้ง 28 ข้อ มีค่าตั้งแต่ 28-140 คะแนน การแปลผลระดับคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิต คะแนนสูงแสดงว่า มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง แบบประเมินนี้ได้มีการทดสอบความเชื่อมั่นในประชาชนในชุมชนซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค เท่ากับ .86-.91 (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2555) ในการวิจัยครั้งนี้จากการนำแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตไปหาความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค เท่ากับ .72 และจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 242 ราย พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค เท่ากับ .92

**2.5 แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS)** เป็นแบบสอบถามที่พัฒนามาจากพื้นฐานแนวความคิดที่เชื่อว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นกระบวนการการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประกอบด้วยผู้ให้การสนับสนุนและผู้รับการสนับสนุนแปลเป็นภาษาไทยจาก Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) ของ ไชเมท และคณะ (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) โดยทินกร วงศ์ปารันย์และคณะ (Wongpakaran et al., 2011) มีข้อความทั้งหมด 12 ข้อ คำตอบแต่ละข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 7 ระดับ จาก 1-7 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-84 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง

การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง จากการนำแบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคมไปใช้ในการประเมินผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 170 คน ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราคเท่ากับ .90 (ไชยวัฒน์ อินไชยา, 2558) ในการวิจัยครั้งนี้จากการนำแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตไปหาความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค เท่ากับ .78 และจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 242 ราย พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค เท่ากับ .85

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

1. หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้วิจัยขอหนังสืออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึง สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประธานชมรมผู้สูงอายุ
2. เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 2 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลเฉพาะทางสาขาจิตเวชและสุขภาพจิต โดยผู้ช่วยผู้วิจัยได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล รวมถึงขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย และได้มีการทดลองใช้แบบสอบถามก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลจริง
3. เมื่อได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประธานชมรมผู้สูงอายุแล้ว จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. พบกลุ่มตัวอย่างตามวันและเวลาที่นัดหมายแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย สัทธิของกลุ่มตัวอย่าง และสิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัยในการเข้าร่วมการวิจัย

5. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

6. ดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้ และนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาลงรหัสข้อมูล และวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรที่ศึกษา

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแรงในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้า: จากการทดสอบการแจกแจงข้อมูลของตัวแปรทุกตัวด้วย Kolmogorov - Smirnov Test พบว่าข้อมูลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแรงในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า ไม่มีการแจกแจงเป็นแบบปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแรงในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม กับ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank-order correlation)

#### ผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 242 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 46.3 อายุเฉลี่ย 71.20 ปี (Mean = 71.20, SD = 7.67) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 52.48 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 97.11 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 76.9 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 2,000บาท/เดือน ร้อยละ 90.50 ที่มาของรายได้มาจากเงินผู้สูงอายุ ร้อยละ 90.5 ความเพียงพอของรายได้พบว่ารายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 89.7 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 46.7 ซึ่งใกล้เคียงกับการอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 43.4 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.3 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวาน (ร้อยละ 36.77, 20.24 และ 19.93 ตามลำดับ)

2. ภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแรงในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม

2.1 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 8.04 (SD=4.91) เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับภาวะซึมเศร้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 79.4 และมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 20.6 (มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 16.9 และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 3.7)

**2.2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน:** ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 19.72 (SD = .72) เมื่อจำแนกระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ (ร้อยละ 100)

**2.3 ความแข็งแกร่งในชีวิต:** กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 113.93 (SD = 8.99) เมื่อแบ่งความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นรายด้านพบว่า “I have” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.45 (SD = 3.44) “I am” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 41.20 (SD = 3.27) และ “I can” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.28 (SD = 3.07) ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตมากกว่าและเท่ากับค่าเฉลี่ยจำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 43.4 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความ

แข็งแกร่งในชีวิตต่ำกว่าค่าเฉลี่ยจำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 56.6

**2.4 การสนับสนุนทางสังคม:** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 67.90 (SD = 8.62)

**3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแกร่งในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ**

**3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซึมเศร้า**

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ( $X^2 = .264$ ,  $p = .608$ ) (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ตารางความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซึมเศร้า (n = 242)

เพศ	ภาวะซึมเศร้า	
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	มีภาวะซึมเศร้า
ชาย	61 (81.3%)	14 (18.7%)
หญิง	131 (78.4%)	36 (21.6%)
รวม	192 (79.3%)	50 (20.7%)

$X^2 = .264$ ,  $p = .608$

**3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแกร่งในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ**

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank-order correlation) พบว่า การ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแกร่งในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = -.161, -.509$ , และ  $-.277$ ;  $p = .012, .000$  และ  $.000$  ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ( $r_s$ ) ระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแรงในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (n = 242)

ตัวแปร	$r_s$	p-value
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-.161	.012
ความแข็งแรงในชีวิต	-.509	.000
การสนับสนุนทางสังคม	-.277	.000

### การอภิปรายผลการวิจัย

#### ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (ชัยวัฒน์ อินไชยา, 2558; บุษราคัม จิตอารีย์, 2555; อาคม บุญเลิศ, 2559) ทั้งนี้ อาจจะเนื่องมาจากวิถีท้องถิ่นของคนในชุมชนในสังคมไทยแห่งนี้เป็นชุมชนในแถบชานเมือง คนในชุมชนส่วนใหญ่ยังคงอยู่อาศัยกันเป็นแบบเครือญาติ มีความสัมพันธ์แน่นแฟ้นเหนียวแน่นแบบสังคมชนบท มีอะไรก็แบ่งปันกัน กินอยู่ตามอัตภาพ โดยผู้สูงอายุในชุมชนทั้งเพศหญิงและเพศชายยังคงอาศัยอยู่ร่วมกับญาติพี่น้องรวมถึงบุตรหลาน ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการดูแลเอาใจใส่จากญาติพี่น้องและบุตรหลานในครอบครัวผู้สูงอายุในชุมชนทั้งเพศหญิงและเพศชายก็ได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนอย่างเท่าเทียมกัน อย่างไรก็ตามก็ตีผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าเพศมีความเกี่ยวข้อง/สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยที่เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Alexandrino-Silva et al., 2011;

Ang & Malhotra, 2016; Li et al., 2016; Tsai, Yeh, & Tsai, 2005) ดังนั้นน่าจะมีการศึกษาต่อไปโดยขยายศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายมากขึ้น

#### ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูง มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Bierman & Statland, 2010; Bozo et al., 2009; Choi & Ha, 2011; Wada et al., 2005) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อผู้สูงอายุสามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ผู้สูงอายุก็สามารถที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานในชีวิตทั้งทางด้านการทำงานบทบาทหน้าที่ ร่างกายจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ อันน่าจะส่งผลให้มีความภาคภูมิใจในตนเองจึงมีแนวโน้มที่จะไม่มีภาวะซึมเศร้า ในทางตรงข้ามถ้าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง จะมีผลต่ออัตมโนทัศน์ของตนเอง ทำให้รู้สึกสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเองและความภาคภูมิใจในตนเอง อาจรู้สึกโกรธและไม่พึงพอใจซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาซึมเศร้าได้ (ชัชเจน จันทรพัฒน์ และคณะ, 2547)

## ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรืออาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามาน้อย ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (มูจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559; Li et al., 2015; Lim et al., 2015; Lu et al., 2017; Mehta et al., 2008; Schure et al., 2013) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก วิถีชีวิตของคนในชุมชนได้หล่อหลอมให้เกิดเป็นองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต 3 ด้าน คือ 'I have', 'I am', และ 'I can' ซึ่งมีส่วนช่วยส่งเสริมทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคได้อย่างเหมาะสม (Grotberg, 1997) กล่าวคือ องค์ประกอบด้าน 'I have' (ฉันมี...) ในชุมชนที่ศึกษามีแหล่งที่ให้การดูแลเรื่องสุขภาพและการศึกษา การได้รับบริการดูแลด้านสุขภาพและสวัสดิการทางสังคม การมีกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุในชุมชน เช่น มีโรงเรียนผู้สูงอายุ มีชมรมผู้สูงอายุ มีการติดตามดูแลสุขภาพและให้สุขศึกษาแก่ผู้สูงอายุในวันที่ผู้สูงอายุมารวมตัวกันเพื่อทำกิจกรรม มีการจัดกิจกรรมต่างๆ ตามประเพณี เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อของประเพณีไทยและวิถีชุมชนมีการทำบุญร่วมกันในเทศกาลและวันสำคัญต่างๆ เช่น เข้าพรรษา ออกพรรษา วันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา วันอาสาฬหบูชา เป็นต้น สำหรับ 'I am' (ฉันเป็น...) การที่ลูกหลานเห็นความสำคัญ

ของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่ามีความสำคัญและเป็นที่ยอมรับของลูกหลาน ในชุมชนก็จะมีการจัดกิจกรรมรดน้ำคำหัวเพื่อขอพรผู้สูงอายุเนื่องในวันสงกรานต์ ลูกหลานและผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายก็ได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมเพื่อขอพรผู้สูงอายุตามความเชื่อ ชีวิตจะได้ร่มเย็นเป็นสุขและเป็นการสืบสานประเพณีวัฒนธรรมที่ดีงามของไทย ส่วน 'I can' (ฉันสามารถที่จะ...) เมื่อผู้สูงอายุ มีแหล่งที่ช่วยสนับสนุนที่เหมาะสมและเพียงพอ มีลูกหลาน รักดูแล ใส่ใจ ห่วงใยและให้ความสำคัญ ผู้สูงอายุก็จะมีกำลังใจกำลังใจที่เข้มแข็ง เมื่อมีปัญหาและอุปสรรคผ่านเข้ามาในชีวิตก็จะทำให้สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม สิ่งต่างๆ เหล่านี้ได้ช่วยหล่อหลอมให้เกิดเป็นความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมทำให้บุคคลมีกำลังใจที่เข้มแข็ง เพื่อที่จะสามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพตามบริบทของผู้สูงอายุในชุมชนอันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามาน้อย ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามาน้อย

## ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามาน้อย ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (ช่อผกา สุทธิพงษ์ และศิริอร สินธุ, 2012; มูจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559; Ang & Malhotra, 2016; Bozo



et al., 2009; Chi & Chou, 2001; Lee & Kim, 2016; Unalan, Gocer, Basturk, Baydur, & Ozturk, 2015; Vanderhorst & McLaren, 2005) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกำลังใจจากครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญภาวะซึมเศร้าและปรับตัวได้ดีขึ้น การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมพบว่าเป็นปัจจัยทางสังคมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (มูจรินทร์ พุทธิเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) และที่สำคัญผู้สูงอายุในชุมชนที่ศึกษาได้รับการสนับสนุนจากชุมชนและมีกิจกรรมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการได้รับการดูแลรักษาสุขภาพ การมีกิจกรรมของผู้สูงอายุภายในชุมชนการทำกิจกรรมร่วมกันในโรงเรียนผู้สูงอายุ และการรวมตัวกันเพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เดือนละครั้ง ผู้สูงอายุในชุมชนที่ศึกษาได้รับการดูแลและสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณที่เหมาะสมตามวิถีชุมชน ย่อมเปรียบเสมือนเกาะป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมีจึงแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ

#### ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรจะมีการส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุในชุมชนทั้งกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีและกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ให้ดูแลตนเองและช่วยทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ตามศักยภาพที่สามารถทำได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความสามารถในการ

ทำกิจวัตรประจำวันและเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย

2. ผลการศึกษาพบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ควรจะมีการพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต

3. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีชุมชนจึงน่าจะมีการส่งเสริม สนับสนุนด้านต่างๆ และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนในกิจกรรมของชุมชนให้มากขึ้น เช่น กิจกรรมการตรวจสุขภาพประจำปีกิจกรรมการนวดเพื่อผ่อนคลาย กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ กิจกรรมวันผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน ก็จะเป็นการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าที่อาจจะเกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุอีกด้วย

4. ด้านการวิจัยควรมีการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายและความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรที่ศึกษาและตัวแปรทางจิตสังคมอื่นๆ ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ และเป็นแรงผลักดันให้ประสบความสำเร็จ ขอขอบพระคุณบิดามารดาและเพื่อนๆ ทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจเสมอ ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีได้เอื้อนาม

## เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2557ก). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยสุขภาพจิตต่อประชากร 100,000 คน. เข้าถึงเมื่อ 30 ธันวาคม 2557*, จาก <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2557ข). *รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทยแยกตามช่วงอายุ. เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2560*, จาก <http://www.dmh.go.th/report/suicide/age.asp>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยสุขภาพจิตต่อประชากร 100,000 คน. เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2560*, จาก <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>
- กาญจนา กิริยาภม. (2553). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในแผนกอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- จินตนา เหลืองศิริเชียร. (2550). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.*
- ช่อผกา สุทธิพงษ์ และศิริอร สิ้นธุ. (2012). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 30(1), 28-39.*
- ชัดเจน จันทรพัฒน์, สุนุดตรา ตะบูนพงศ์, และวันดี สุทธิรังสี. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 12(2), 80-89.*
- ชัยวัฒน์ อินโซยา. (2558). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2555). *ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม. เชียงใหม่: วนิการพิมพ์.*
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิและอุมาพร อุดมทรัพย์กุล. (2554). *ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 56(2), 10-116.*
- บุษราคัม จิตอารีย์. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.*
- พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2558). *ความแข็งแกร่งในชีวิต. ในพัชรินทร์ นินทจันทร์ (บรรณาธิการ), ความแข็งแกร่งในชีวิต แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้ (หน้า 3-32). กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.*
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, จริยา วิทศุภกร, นพวรรณ เปี้ยชื่อ, ทศนา ทวีคุณ, และพิสมัย ורתัย. (2552). *คู่มือการเสริมสร้าง*

- ความแข็งแรงในชีวิต. โครงการพัฒนา ศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทัศนาทวีคุณ. (2555). *โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิต (A Resilience-Enhancing Program)*. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- พีรพันธ์ ลีอนุชวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- มานิช หล่อตระกูล. (2544). *เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มูจรินทร์ พุทเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(2), 69-81.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *สังคมสูงวัย*. เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2559, จาก <http://thaitgri.org/>
- เยาวรัตน์ ชันชวิชัย. (2544). *ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิชุดา อุ่นแก้ว และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2558). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารการพัฒนาศาสนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(4), 577-589.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: เอ็นทีเพรส.
- สมใจ โชติชนพันธุ์. (2550). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค*. สารนิพนธ์บัณฑิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2554). *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมศักดิ์ ชุนหรัศมี. (2552). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สายฝน เอกวางกูร. (2554). *รู้จักเข้าใจ ดูแลภาวะซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: ส.เอเชียเพรส.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *สถิติสาธารณสุข 2554*. เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2560, จาก <http://bps.moph.go.th>.
- สุชีราภัทรายุตวรรณ. (2556). *คู่มือวัดทางจิตวิทยา (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 272)*. กรุงเทพฯ: ตรีเทพ
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2541). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โสภณ แสงอ่อน. (2558). ภาวะซึมเศร้า: ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และความแข็งแรงในชีวิต. ใน พัทธรินทร์ นินทจันทร์ (บรรณาธิการ). *ความแข็งแรงในชีวิต แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- อาคม บุญเลิศ. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังใน

- ชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการ  
ปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น.  
*ศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(1), 25-33.
- Alexandrino-Silva, C., Alves, T. F., Tofoli, L. F.,  
Wang, Y. P., & Andrade, L. H. (2011).  
Psychiatry - life events and social support in  
late life depression. *Clinics*, 66(2), 233-238.
- Ang, S., & Malhotra, R. (2016). Association of  
received social support with depressive  
symptoms among older males and females  
in Singapore: Is personal mastery an  
inconsistent mediator. *Social Science &  
Medicine*, 15(3), 165-173.
- Barry, L. C., Murphy, T. E., & Gill, T. M. (2011).  
Depression and functional recovery after  
a disabling hospitalization in older  
persons. *Journal of the American Geriatrics  
Society*, 59(7), 1320-1325. doi:10.1111/  
j.1532-5415.2011.03453.x
- Bierman, A., & Statland, D. (2010). Timing, social  
support, and the effects of physical limitations  
on psychological distress in late life. *Journal  
of Gerontology: Social Sciences*, 65(5),  
631-639.
- Boen, H., Dalgard, O. S., Johansen, R., & Nord, E.  
(2012). A randomized controlled trial of a  
senior center group programme for  
increasing social support and preventing  
depression in elderly people living at home  
in Norway. *BioMed Central Geriatrics*,  
12(20), 1-11.
- Bozo, O., Toksabay, N. E., & Kurum, O. (2009).  
Activities of daily living, depression, and  
social support among elderly Turkish  
people. *The Journal of Psychology*, 143(2),  
193-205.
- Choi, N. G., & Ha, J. H. (2011). Relationship between  
spouse/partner support and depressive  
symptoms in older adults: Gender difference.  
*Aging and Mental Health*, 15(3), 307-317.
- Chi, I., & Chou, K. L. (2001). Social support and  
depression among elderly Chinese people  
in Hong Kong. *The International Journal  
of Aging and Human Development*, 52(3),  
231-252.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the  
behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, NJ:  
Lawrence Erlbaum Associates.
- Groberg, E. H. (1995). *A guide to promoting  
resilience in children: Strengthening the  
human spirit*. The Hague: The Bernard van  
Leer Foundation.
- Grotberg, E. H. (1997). *The International resilience  
project: Findings from the research and the  
effectiveness of interventions*. Retrieved  
March 2, 2015 from <http://resilnet.uiuc.edu/>
- Isaacs, B., & Akhtar, A. J. (1972). The settest: a rapid  
test of mental function in old people. *Age  
Ageing*, 1(4), 222-226. doi:10.1093/age-  
ing/1.4.222
- Lee, H. S., & Kim, C. (2016). Structural equation  
modeling to assess discrimination, stress,

- social support, and depression among the elderly woman in South Korea. *Asian Nursing Research*, 10, 182-188.
- Leal, M. C. C., Apostolo, J. L. A., Mendes, A. M. O. C., & Marques, A. P. O. (2014). Prevalence of depressive symptoms and associated factors among institutionalized elderly. *Acta Paul Enferm*, 27(3), 208-214.
- Li, J., Theng, L. L., & Foo, S. (2015). Does psychological resilience mediate the impact of social support on geriatric depression? An exploratory study among Chinese older adults in Singapore. *Asian Journal of Psychiatry*, 14, 22-27.
- Li, N., Chen, G., Zeng, P., Pang, J., Gong, H., Han, Y., et al. (2016). Prevalence of depression and its associated factors among Chinese elderly people: A comparison study between community-based population and hospitalized population. *Psychiatry Research*, 243, 87-91.
- Li, N., Pang, L., Chen, G., Song, X., Zhang, J., & Zhang, X. (2011). Risk factors for Depression in older adults in Beijing. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(8), 466-473.
- Lim, M. L., Lim, D., Gwee, X., Nyunt, M. S. Z., Kumarb, R., & Ng, T. P. (2015). Resilience, stressful life events, and depressive symptomatology among older Chinese adults. *Aging & Mental Health*, 19(11), 1005-1014.
- Lu, C., Yuan, L., Lin, W., Zhou, Y., & Pan, S. (2017). Depression and resilience mediates the effect of family function on quality of life of the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 71, 34-42.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Mehta, M., Lenze, E., Hardy, S., Roumani, Y., Subashan, P., Huang, W., et al. (2008). Depressive symptoms in late life: Associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 238-243.
- Olagunju, A. T., Olutoki, M. O., Ogunnubi, O. P., & Adeyemi, J. D. (2015). Late-life depression: Burden, severity and relationship with social support dimensions in a West African community. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(2015), 240-246.
- Schure, M. B., Odden, M., & Goins, R. T. (2013). The association of resilience with mental and physical health among older American Indians: The native elder care study. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 20(2), 27-41.
- Sinha, S. P., Shrivastava, S. R., & Ramasamy, J. (2013). Depression in an older adult rural population in India. *Meddic Review*, 15(4), 41-44.



- Tsai, Y. F., Yeh, S. H., & Tsai, H. H. (2005). Prevalence and risk factors for depressive symptoms among community-dwelling elders in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*, 1097-1102.
- Unalan, D., Gocer, S., Basturk, M., Baydur, H., & Ozturk, A. (2015). Coincidence of low social support and high depressive score on quality of life in elderly. *European Geriatric Medicine, 6*, 319-324.
- Vanderhorst, R. K., & McLaren, S. (2005). Social relationship as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. *Aging and Mental Health, 9*(6), 517-525.
- Wada, T., Ishine, M., Sakagami, T., Kita, T., Okumiya, K., Mizuno, et al. (2005). Depression, activities of daily living, and quality of life of community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam, and Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 41*, 271-280.
- Wang, J., & Zhao, X. (2012). Family functioning and social support for older patients with depression in an urban area of Shanghai, China. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 55*(3), 574-579.
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai version. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 7*, 161-166.
- World Health Organization. (2008). *WHO global burden of disease: 2004 update*. Retrieved February 2, 2016, from [http://www.who.int/healthinfo/gobal\\_burden\\_disease/GBO\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/gobal_burden_disease/GBO_report_2004update_full.pdf)
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1998). The Multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30-41.

