

ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี*

THE RELATIONSHIP BETWEEN RESILIENCE AND DEPRESSION AMONG
OLDER PEOPLE IN A COMMUNITY IN UBONRATCHATHANI PROVINCE

เกษร สายธนู, พย.ม. (Kesorn Saithanu, RN, MSN)**

อมรรัตน์ นทะสนธิ์, พย.ม. (Amornrat Nathason, RN, MSN)***

เกษราภรณ์ เคนบุปผา, พย.ด. (Kedsaraporn Kenbubpha, RN, Ph.D.)****

Abstract

Objective: The purpose of this descriptive correlational research was to examine the relationships between resilience total score and each component of resilience and depression of older people in a community in Ubonratchathani Province.

Methods: The participants were 270 older people in a community in Ubonratchathani Province. Sample random sampling was used to recruit the participants. Data were collected using the following three questionnaires: 1) the Demographic Data Questionnaire, 2) The Resilience Inventory, and 3) Thai Geriatric Depression Scale (TGDS). Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson product-moment correlation.

Results: 1) The resilience scores were ranged

from 88 to 140. 2) 8.90 percent of the older people in this study had depression. 3) The relationship between total resilience score and depression score was negative and statistically significant ($r = -.204$, $p < .01$). 4) The relationships between each component of resilience (I have, I am, and I can) and depression were that I have and I can were negatively and significantly related to depression at .01 level ($r = -.219$ and $r = -.188$, $p < .01$, respectively) and I can was negatively correlated with depression at .05 level ($r = -.154$, $p < .05$).

Conclusion: The results of this study demonstrated the relationships between resilience and depression in older people in the community. Therefore, resilience should be strengthened in

*การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินการจากมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ภายใต้โครงการบริการวิชาการแก่สังคม (Research funding by Ubon Ratchathani University under the academic service project for society)

**Corresponding author, อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University), Email: kesorn.s@ubu.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University)

****พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี (Registered Nurse, Prasimahabhodi Psychiatric Hospital, Ubonratchathani Province)

วันที่รับ (received) 24 ธันวาคม 2561 วันที่แก้ไข (revised) 14 พฤษภาคม 2562 วันที่ตอบรับ (accepted) 3 มิถุนายน 2562

older people in the community to reduce or prevent depression.

Keywords: Resilience, Depression, Older people, Community

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: วิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมและองค์ประกอบย่อยกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 270 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต และ 3) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา: 1) คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ระหว่าง 88 - 140 คะแนน 2) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 8.90 มีภาวะซึมเศร้า 3) ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมกับคะแนนภาวะซึมเศร้าพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 ($r = -.204$, $p < .01$) และ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตจำแนกแต่ละองค์ประกอบ (ฉันมี ฉันเป็น ฉันสามารถ) กับภาวะซึมเศร้าพบว่า ฉันมีและฉันสามารถมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.219$ และ $r = -.188$, $p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนฉันเป็นมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.154$, $p < .05$)

สรุป: ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนั้นควรเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตแก่ผู้สูงอายุเพื่อลดหรือป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ความแข็งแกร่งในชีวิต ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ ชุมชน

ความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุเนื่องจากการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป องค์การสหประชาชาติได้ให้คำนิยามของการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคือการมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ส่วนการกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์คือมีการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุเป็น ร้อยละ 20 (ปราณี โอภาสนันท์, 2557) กลุ่มประเทศในทวีปยุโรป พบว่ามีมากกว่าร้อยละ 25 ส่วนในทวีปเอเชีย มีการคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะเพิ่มจาก 962 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2017 เป็น 1,400 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 (เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ และคณะ, 2561) ในประเทศไทย จากการสำรวจประชากรของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2557 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.3 ของประชากร

ทั้งหมดจากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประเทศไทย กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นกัน และคาดว่า ในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกินกว่า ร้อยละ 20 หรือ 14.4 ล้านคน (มุกข์ดา ผดุงยาม และ อัญชลี ช. คูวอล, 2561) เนื่องจากวัยสูงอายุเป็น ช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยลง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม โดยด้าน ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบ ต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยต่าง ๆ ตามมา ด้านจิตใจและอารมณ์อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกายและสังคม มโนทัศน์ต่อตนเองจะ เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุต้องปรับสภาวะทางจิตใจ และอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสิ่งแวดล้อมโดยอัตโนมัติ เป็นการเรียนรู้ ประสบการณ์ทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง ส่วนด้าน สังคม ผู้สูงอายุสูญเสียสถานภาพและบทบาททาง สังคม ซึ่งมีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้า (นริสวาท ศันารักษ์ และสายสมร เจริญกิตติ, 2557; Touhy, Jett, & Ebersole, 2014)

ภาวะซึมเศร้าถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความรุนแรงมากขึ้น องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี 2020 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุข อันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด (กรมสุขภาพจิต, 2557; World Health Organization [WHO], 2017) ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้สามารถเกิดได้ทุกช่วงวัย โดยพบ ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 5.7 (WHO, 2017) ใน ประเทศไทยพบว่าจากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2556 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 33 ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นเป็นโรค ซึมเศร้า ร้อยละ 6 (ณัฐพรพรรณ เรืองศิรินุสรณ์, 2559)

ส่วนการศึกษาความชุกในการเกิดภาวะซึมเศร้า ในประเทศจีน พบว่า มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ ร้อยละ 39.86 (Yu, Li, Cuijpers, Wu, & Wu, 2012) ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิต ที่สำคัญของวัยสูงอายุ อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิด ความทุกข์ทรมานอย่างมากและนำไปสู่ปัญหา ในการใช้ชีวิตประจำวัน อาการซึมเศร้านักถูก มองข้ามและไม่ได้รับการรักษาเพราะอาการซึมเศร้า มักจะเกิดขึ้นพร้อมกับปัญหาอื่นๆ ที่พบในผู้สูงอายุ (WHO, 2017) ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะรู้สึก เบื่อหน่ายสนใจสิ่งต่างๆ น้อยลงหรือหมดความสนใจ ห่อเหี่ยวหดหู่หรือแข็งเศร้า โศกเสียใจง่าย น้อยใจง่าย ร้องไห้ง่าย รวมถึงมักรู้สึกท้อใจ (Touhy et al., 2014) รวมถึงพฤติกรรมการณ์นอนเปลี่ยนแปลง เช่น นอน ไม่หลับ หลับๆ ตื่นๆ ตื่นเช้ากว่าปกติ หรืออาจนอน มากขึ้น พฤติกรรมการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง อาจเบื่ออาหาร ไม่ค่อยหิว หรืออาจรับประทานอาหารจู้จี้ ผู้สูงอายุอาจเคลื่อนไหวเชื่องช้าลงหรือ เคลื่อนไหวมากขึ้น กระวนกระวาย อ่อนเพลียง่าย รู้สึกไม่ค่อยแข็งแรงเหมือนเดิม ไม่ค่อยมีแรง บางรายอาจบ่นเกี่ยวกับอาการทางร่างกายหลายอย่าง ที่ตรวจไม่พบสาเหตุ หรือมีอาการมากกว่าอาการปกติ ของโรคนั้น ๆ รู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิด หรือ รู้สึกแยกกับ ตัวเอง คิดว่าตนเป็นภาระของผู้อื่น ไม่มีความสามารถ เหมือนที่เคยเป็น ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง หดหู่ในชีวิต ไม่มีสมาธิและความจำบกพร่อง มักถึงเลหรือตัดสินใจผิดพลาด ผู้สูงอายุบางรายที่มี อาการมากๆ อาจรู้สึก ไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไป บางรายจะคิดหรือพูดถึงความตายบ่อยๆ นึกอยาก ตายและอาจวางแผนทำร้ายร่างกายผู้สูงอายุบางราย อาจไม่ยอมกินยาประจำตัว เพื่อปล่อยให้อาการ ทรมานจนเสียชีวิต (ณัฐพรพรรณ เรืองศิรินุสรณ์,

2559) ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า อาจแบ่งเป็น 3 ปัจจัยประกอบด้วย 1) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง สารเสพติด การเจ็บป่วยทางกายบางชนิดอาจทำให้เกิดอาการซึมเศร้าเช่น ยากล่อมประสาทยาเสพติดรอยด้ายเคมีบำบัด เป็นต้น (ณัฐพรหม เรื่องศิรินุสรณ์, 2559; สายพิณ ยอดกุล และจิตินันท์ ศรีจักรโคตร, 2555; สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2558; Touhy et al., 2014) การเจ็บป่วยทางกายทำให้สูญเสียความมั่นคงของชีวิต ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองไร้คุณค่า รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว (นริสรา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557; Touhy et al., 2014) 2) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ บุคลิกภาพ การเผชิญปัญหา การปรับตัว การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความรู้สึกสิ้นหวังไร้ค่า (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) และ 3) ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ขาดการสนับสนุนทางสังคม ขาดเพื่อน สูญเสียบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม มีความเครียดในชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสมเรื้อรัง (สงวน ธานี, รวีวรรณ เผ่ากัณหา, สุพัต กิตติวเรข, และสมจิตต์ ลูประสงค์, 2559; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554; Touhy et al., 2014) การมีเหตุการณ์ด้านลบในชีวิต เช่น มีการสูญเสียและปัญหาเศรษฐกิจ (เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ และคณะ, 2561) โดยเฉพาะการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลอันเป็นที่รัก ได้แก่ คู่ชีวิตญาติสนิทเพื่อน รวมทั้งบุตรหลาน หากผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้ต่อการสูญเสียจะส่งผลต่อสภาพจิตใจได้ จึงมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; Touhy et al., 2014) อย่างไรก็ตาม ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ หากผู้สูงอายุได้มีการ

เตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ รวมทั้งแนวทางการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะซึมเศร้าได้ (Touhy et al., 2014)

ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) หรืออาจเรียกเป็นอย่างอื่น ได้แก่ พลังสุขภาพจิต หรือความเข้มแข็งทางใจ เป็นบุคลิกลักษณะในทางบวกที่ช่วยให้บุคคลปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558) มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) **I have (ฉันมี...)** เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้มีความแข็งแกร่งในชีวิตเช่น มีครอบครัวและชุมชนที่มั่นคง มีคนในครอบครัวและนอกครอบครัวที่ไว้ใจ เชื่อใจได้ เป็นต้น 2) **I am (ฉันเป็น...)** เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล เช่น เป็นคนที่รู้จักเห็นอกเห็นใจ ห่วงใยคนรอบข้างเป็นคนที่ดีคนอื่น ๆ พึงศรัทธาแล้วมีความสุข เป็นต้น และ 3) **I can (ฉันสามารถ...)** เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น สามารถที่จะหาทางออกหรือวิธีการใหม่ๆ ที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ สามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากใครสักคนในเวลาที่ต้องการความช่วยเหลือ เป็นต้น (มุกข์ดา ผดุงยามและอัญชลีช.คูวอล, 2561; โสภณแสงอ่อน, พัทธรินทร์ นินทจันทร์, และทัศนาว ทวีคุณ, 2561; Grotberg, 1997 อ้างถึงใน พัทธรินทร์ นินทจันทร์, 2558)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิต (ความเข้มแข็งทางใจ) กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบ (อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์สุนทรไชยา, 2559) และมีการศึกษาที่พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

มีความเกี่ยวข้องกันทางลบ (ปฏิกิริยาจิตตฤทธินันท์, พชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภณ แสงอ่อน, 2562; Jeste et al., 2013; MacLeod et al., 2016) ผู้สูงอายุที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตมักจะรับรู้ความสามารถของตนเอง ปรับตัวได้ดี เรียนรู้จากประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ทำให้สามารถเผชิญความยุ่งยากใจหรือความเครียดในชีวิตได้ดี รวมถึงสามารถฟื้นตัวได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุนั้นมีจิตใจที่สงบมั่นคง อดทน และความมุ่งมั่นที่จะมีชีวิตอยู่และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข (ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วาริ กังใจ, และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2559; มุกข์คำ ผดุงยาม และอัญชลี ช. คูวอล, 2561)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นการศึกษานี้จึงมีเป้าหมายที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบในการให้บริการของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการช่วยเหลือหรือเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบท นำไปสู่การช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม และองค์ประกอบย่อยของความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) ของกร็อทเบิร์ก (Grotberg, 1995; 1997; 1998, อ้างถึงใน พชรินทร์ นินทจันทร์, 2558) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ I have (ฉันมี...), I am (ฉันเป็น...) และ I can (ฉันสามารถ...) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะรับรู้ความสามารถของตนเอง ปรับตัวได้ดี เรียนรู้จากประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิต ทำให้สามารถเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ที่ลำบากในชีวิตได้ดี จึงน่าจะมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า ผู้สูงอายุที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ (ปฏิกิริยาจิตตฤทธินันท์ และคณะ, 2562; Jeste et al., 2013; MacLeod et al., 2016)

สมมติฐานการวิจัย

ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม และองค์ประกอบย่อยของความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูล เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560

ประชากรประชากรคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ไม่เป็นผู้พิการทางสมองและไม่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง การรับรู้ปกติ สามารถสื่อสารได้เข้าใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) สำหรับการให้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553) กำหนดขนาดอิทธิพล .30 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และอำนาจทดสอบ .90 ทำการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 245 คน ทั้งนี้เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะได้จำนวนตัวอย่างเพียงพอ ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้คือ 270 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

การศึกษานี้รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัยเพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้บุคคลต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ผู้ดูแลหลักในยามที่เจ็บป่วย และสถานที่ที่อยู่อาศัย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต พัฒนาโดยพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2555 อ้างใน พัทชรินทร์ นินทจันทร์, 2558) จากแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) ของ Edith Henderson Grotberg ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักคือ I have (ฉันมี...) I am (ฉันเป็น...) และ I can (ฉันสามารถ...) มีข้อคำถาม

จำนวน 28 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับ “I have” จำนวน 9 ข้อ “I am” จำนวน 10 ข้อ และ “I can” จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนแบบลิเคิต 5 ระดับ (1 - 5) ตั้งแต่ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 28 - 140 คะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึงมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง ในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองแห่งประเทศไทย โดยนิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2537) ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจากการประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบใช่หรือไม่ใช่เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามด้านลบจำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามด้านบวกจำนวน 20 ข้อ การแปลผล แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 0 - 12 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปกติ คะแนน 13 - 18 คะแนน มีความเศร้าเล็กน้อย (mild depression) คะแนน 19 - 24 คะแนน มีความเศร้าปานกลาง (moderate depression) คะแนน 25 - 30 คะแนน มีความเศร้ารุนแรง (severe depression) ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และได้รับอนุญาตจากผู้มีอำนาจอนุมัติในชุมชนที่ศึกษา ผู้สูงอายุจะได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ในการเข้าร่วมการวิจัย และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เมื่อผู้สูงอายุยินดี

เข้าร่วมการวิจัยและได้ลงนามในหนังสือยินยอม ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้สูงอายุสามารถปฏิเสธหรือหยุดการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้สูงอายุทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยเก็บไว้เป็นความลับและอยู่ในที่ที่ปลอดภัย จำกัดการสามารถเข้าถึงข้อมูลวิจัยเฉพาะทีมวิจัยเท่านั้น วิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม และไม่นำข้อมูลมาเปิดเผยหรือเสนองานวิจัยเป็นข้อมูลรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ทำการวิจัยหลังได้รับการอนุญาต ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยและประสานงานเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้สูงอายุที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุสะดวก ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุตามที่นัดหมายและให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถาม กรณีที่อ่านไม่ออกหรือมีปัญหาสายตา ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟังซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามในแต่ละคน ประมาณ 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ

สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) โดยมีการทดสอบการกระจายของตัวแปรที่ศึกษาซึ่งพบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม องค์ประกอบย่อยของความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้ามีการกระจายแบบปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.6 อายุอยู่ระหว่าง 60 - 96 ปี (Mean = 70.24, SD = 7.65) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 64.4 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.0 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 86.70 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพและประกอบอาชีพเกษตรกรรมใกล้เคียงกัน ร้อยละ 45.90 และร้อยละ 41.50 ตามลำดับ รายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 0 - 38,000 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 63.70 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.10 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 20.0, 7.41 และ 6.30 ตามลำดับ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 11.85 และมีโรคประจำตัวมากกว่า 3 โรคขึ้นไป ร้อยละ 2.96 ผู้ดูแลหลักในกรณีเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นลูกหลาน ร้อยละ 59.6 มีเพียงส่วนน้อย ร้อยละ 2.60 ที่อาศัยอยู่ลำพังไม่มีผู้ดูแล และร้อยละ 97.40 อาศัยอยู่ในบ้านตนเอง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 270)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	93(34.40)
หญิง	177(65.60)
อายุ (ปี) (อายุเฉลี่ย = 70.24, SD = 7.65)	
สถานภาพ	
โสด	7(2.60)
คู่	174(64.40)
หม้าย/แยกกันอยู่	89(33.0)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	234(86.70)
มัธยมศึกษา	19(7.0)
อนุปริญญา	2(0.7)
ปริญญาตรีขึ้นไป	5(1.90)
ไม่ได้ศึกษา	10(3.70)
อาชีพ	
เกษตรกรรวม	112(41.50)
รับจ้าง	19(7.04)
ค้าขาย	6(2.22)
ข้าราชการบำนาญ	9(3.34)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	124(45.90)
รายได้ (บาท) (รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,723.19, SD = 4,226.83)	
ความเพียงพอของรายได้	
เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและเหลือเก็บ	24(8.90)
เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ	172(63.70)
ไม่เพียงพอ ต้องกู้ยืมเงินสำหรับใช้จ่าย	74(27.40)
โรคประจำตัว	
โรคความดันโลหิตสูง	54(20.00)
โรคเบาหวาน	17(6.30)
โรคหัวใจ	8(3.0)
โรคมะเร็ง	2(0.70)
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	20(7.41)
โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	12(4.40)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 270) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ	5(1.90)
โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	3(1.10)
โรคอื่น ๆ	36(13.33)
ไม่มีโรคประจำตัว	113(42.90)
ผู้ดูแลหลัก	
อยู่ลำพัง ไม่มีผู้ดูแล	7(2.60)
คู่ครอง	101(37.40)
ลูกหลาน	161(59.60)
เพื่อน คนรู้จัก	1(0.40)
ที่อยู่อาศัย	
บ้านตนเอง	263(97.40)
บ้านพักของบุตรหลาน	7(2.60)

2. ความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุ (SD = 9.76) คะแนนต่ำสุดและสูงสุดอยู่ระหว่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คะแนนเฉลี่ย 88 - 140 คะแนน (ตารางที่ 2)

ความแข็งแรงในชีวิตโดยรวม เท่ากับ 117.28

ตารางที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม (n = 270)

	ช่วงคะแนน		Mean (SD)
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง	
ความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม	28 - 140	80 - 140	117.28 (9.76)

3. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะซึมเศร้าของ คิดเป็นร้อยละ 91.10 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (n = 270)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 12 คะแนน)	246	91.10
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (19 - 24 คะแนน)	2	0.80
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (13 - 18 คะแนน)	22	8.10

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรง ในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความแข็งแรงในชีวิตโดยรวมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าความแข็งแรงในชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.204, p < .01$) และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรง

ในชีวิตรายด้าน (I have, I am และ I can) กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุพบว่า ความแข็งแรงในชีวิตด้าน I have และ I can มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.219$ และ $r = -.188, p < .01$ ตามลำดับ) และความแข็งแรงในชีวิตด้าน I am มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.154, p < .05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (n = 270)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	
	r	p - value
ความแข็งแรงในชีวิตโดยรวม	-.204	< .01
I have	-.219	< .01
I am	-.154	< .05
I can	-.188	< .01

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 8.90 ซึ่งมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าการศึกษาของ ญัฐพรธณ เรื่องศิรินุสรณ์ (2559) ที่พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 33 อาจเป็นไปได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักในยามเจ็บป่วย ได้แก่ คู่ครอง คิดเป็นร้อยละ 37.40 และบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 59.60 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 42.90 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอในการดำรงชีวิต ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความมั่นคงในชีวิตซึ่งส่งผลให้ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Touhy et al., 2014; Wagnlid, 2003)

อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 57.10) ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายดังกล่าวอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต่อไปได้ เนื่องจากการเจ็บป่วยส่งผลให้มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิต กระทบต่อสภาพจิตใจและสังคม (ญัฐพรธณ เรื่องศิรินุสรณ์, 2559; สายพิน ยอดกุล และจิตินันท์ ศรีจักรโคตร, 2555; สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2558; Touhy et al., 2014) ซึ่งการศึกษาของ ยู และคณะ (Yu et al., 2012) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด และอาจพบความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นได้หากมีการ

เจ็บป่วยที่ซับซ้อนหรือรุนแรงยากแก่การรักษาเช่น โรคหัวใจ โรคกระเพาะเป็นต้น (Chang-Quan, Bi-Rong, Zhen-Chan, Ji-Rong, & Qing-Xiu, 2010) หรือมีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรคขึ้นไป ซึ่งจากผลการศึกษาของ Moussavi et al. (2007) พบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังทางกายตั้งแต่หนึ่งโรคหรือมากกว่า จะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเฉลี่ยระหว่างร้อยละ 9.3-23 ดังนั้นจึงน่าจะมีการติดตามเฝ้าระวังผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต่อไป

ผลการประเมินคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมค่อนข้างสูง (Mean = 117.28, SD = 9.76) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะรับรู้ความสามารถหรือศักยภาพของตนเอง สามารถปรับตัวได้ดีต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ เป็นอย่างดี ทำให้สามารถเผชิญความยุ่งยากใจหรือความเครียดในชีวิตได้ดี รวมถึงสามารถฟื้นตัวได้ในเวลารวดเร็ว ทำให้มีความสุขพึงพอใจในชีวิต (ฉัตรฤดีภาระญาติ, วารี กังใจ, และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2559; มุกข์ดา ผดุงยาม และอัญชลี ข. คูวอล, 2561)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (ปฐนิกา กิตติกุลธนันท์ และคณะ, 2562; อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559; Jeste et al., 2013; MacLeod et al., 2016) ที่พบว่าแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบ แสดงให้เห็นว่าหากบุคคลมีความแข็งแกร่งในชีวิตที่สูง มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; มุกข์ดา ผดุงยาม และอัญชลี

ข. คูวอล, 2561; โสภณ แสงอ่อน และคณะ, 2561) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตจำแนกเป็นรายด้านกับภาวะซึมเศร้าพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตแต่ละรายด้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ โสภณ แสงอ่อน และคณะ (2561) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ ในด้าน **I have (ฉันมี...)** นั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่ครอง และบุตรหลานดูแล และอาศัยอยู่บ้านของตนเอง รวมทั้งมีรายได้ที่พอเพียง ซึ่งการที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีบุคคลหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมคอยช่วยเหลือ ประคับประคอง จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นคงปลอดภัยอบอุ่นใจ ไม่ว่าเหวี่ยงแหว่งไหนที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าจึงมีน้อย จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตด้าน **I have (ฉันมี...)** สูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ (ฉัตรฤดีภาระญาติ, วารี กังใจ, และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2559; ปฐนิกา กิตติกุลธนันท์ และคณะ 2562; MacLeod et al., 2016; Touhy et al., 2014; Wells, 2010) ด้าน **I am (ฉันเป็น...)** ในการศึกษาพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง อาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ว่าเป็นบุคคลสำคัญหรือรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจากการได้รับการเอาใจใส่จากคู่ครองหรือได้รับการดูแลจากบุตรหลาน และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ซึ่งน่าจะส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าต่ำ ส่วนด้าน **I can (ฉันสามารถ...)** ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่ดี สามารถพูดคุยสื่อสารเพื่อบอกความรู้สึกและความคิดของตนเองได้โดยอิสระน่าจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ การที่บุคคลมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นจะลดความคับข้องใจหรือความขัดแย้งในใจ

ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Boyd, 2015) นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ MacLeod et al. (2016) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นจะยังมีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุมีทักษะการแก้ไขปัญหาหรือการเผชิญปัญหาซึ่งเรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา จึงเข้าใจชีวิต เข้าใจธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัวได้ดี มีความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง รวมถึงสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น จะเห็นได้ว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การเสริมสร้างหรือฟื้นฟูความแข็งแกร่งในชีวิตในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและฟื้นคืนสู่สภาพปกติถึงแม้จะต้องพบกับปัญหาชีวิตหรือสถานการณ์ที่ยากลำบาก ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาภาวะซึมเศร้าและความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้สูงอายุที่พิการ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนช่วยเหลือผู้สูงอายุในบริบทที่แตกต่างกันไป

2. ควรศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความแข็งแกร่งในชีวิตในผู้สูงอายุ เช่น ด้าน I am ศึกษาเกี่ยวกับมุมมองหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับ ความภาคภูมิใจ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ความมุ่งหวังในชีวิต หรือ ด้าน I can ศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาหรือแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาถึงโปรแกรมที่จะเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน หรือ ผสมผสานแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าระดับจังหวัด ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3/2557*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, พรทิพย์ ควรคิด, สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, ภรเอก มั่นสวนิช, ไอศวรรย์ เพชรต่อเหลียน และไพโรจน์ จัตรานุกุลชัย. (2561). *ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงวัย*. กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์.
- ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วารี กังใจ, และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2559). ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(2), 97-106.
- ฉัญฐพรรณ เรื่องสิรินุสรณ์. (2559). *คู่มือการดูแลผู้สูงวัย: สูตรคลายซึมเศร้า*. นนทบุรี: โอเพ่นเวิลด์ส พับลิชชิง เฮาส์.
- นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ. (2559). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 24-38.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์, อรพรรณ ทองแดง, ประเสริฐ อัสตันตชัย, รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, วรพรรณ เทพหัสดิน ณ อยุธยา, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, และคณะ. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.

- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูเอเอ็นดีไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประวาลี โอภาสนันท์. (2559). *การพยาบาลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21* (พิมพ์ครั้งที่ 2). พระยา: โรงพิมพ์ดาวเหนือ.
- ปฐกิตติคุณนันท์, พชรินทร์ นินทจันทร์ และ โสภณ แสงอ่อน. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแรงในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(2), 137-155.
- พชรินทร์ นินทจันทร์. (2558). *ความแข็งแรงในชีวิต แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพมหานคร: จุฑทอง.
- มุกข์ดา ผดุงยาม และอัญชลี ช. คูวอล. (2561). กลยุทธ์การฟื้นฟูพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 66-73.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สงวน ธานี, รวีวรรณ เผ่ากัณหา, สุพัตรา กิตติวรเวช, และสมจิตต์ ภูประสงค์. (2559). *สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต ความต้องการการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในเขตอีสานใต้*. รายงานการวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- สายพิน ขอดกุล และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(3), 50-57.
- สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาลและสรยุทธ วาสิกนันท์. (2558). *ตำราโรคซึมเศร้า*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- โสภณ แสงอ่อน, พชรินทร์ นินทจันทร์, และทัศนาวทีคุณ. (2561). ความแข็งแรงในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดปทุมธานี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(2), 107-112.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(2), 127-142.
- Boyd, M. A. (2015). *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice*. (5th ed.) Comprehensive DSM-5 Update. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Chang-Quan, H., Bi-Rong, D., Zhen-Chan, L., Ji-Rong, Y., & Qing-Xiu, L. (2010). Chronic diseases and risk for depression in old: A meta- analysis of published literature. *Ageing Research Reviews*, 9, 131-141.
- Jeste, D. V., Savla, G. N., Thompson, W. K., Vahia, I. V., Glorioso, D. K., Martin, A.S. et al. (2013). Older age is associated with

- more successful aging: Role of resilience and depression. *The American Journal of Psychiatry*, 170(2), 188-196.
- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K. & Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37, 266-272.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic disease, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 8(370), 851-858.
- Tkatch, R., Musich, S., MacLeod, S., Kraemer, S., Hawkins, K., Wicker, E. R. & Armstrong, D. G. (2017). A qualitative study to examine older adults' perceptions of health: Keys to aging successfully. *Geriatric Nursing*, 38, 485-490.
- Touhy, T. A., Jett, K. F., & Ebersole, P. (2014). *Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging* (4th ed). St. Louis, Mo.: Elsevier/Mosby.
- Wagnlid, G. M. (2003). Resilience and successful aging: Comparison among low and high income older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 1, 42-47.
- Wells, M. (2010). Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. *Journal of Rural Nursing and Health Care*, 10(2), 45-54.
- World Health Organization. (2017). *Mental health of older adults*. Retrieved July 24, 2019, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Yu, J., Li, J., Cuijpers, P., Wu, S., & Wu, Z. (2012). Prevalence and correlates of depressive symptoms in Chinese older adults: A population-based study. *International Journal of Gerontological Nursing*, 27, 305-312.