

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน*

FACTORS PREDICTING DEPRESSION IN OLDER ADULTS IN COMMUNITY

ชัยวัฒน์ อินไชยา, พย.ม. (Chaiwat Inchaiya, B.N.S.)**

โสภณ แสงอ่อน, RN., Ph.D. (Sopin Sangon, R.N., Ph.D.)***

พัชรินทร์ นันทจันทร์, RN., Ph.D. (Patcharin Nintachan, R.N., Ph.D.)****

Abstract

Objectives: The purpose of this study was to examine the predictive power of personal factors (gender and marital status), number of diseases, functional ability of activities of daily living, loneliness, family functioning, and social support on depression in older adults in the community.

Methods: This study was a predictive research. The participants consisted of 170 older adults in community in Nakhon Phanom Province. Data were collected by interviewing using six questionnaires comprising of the Demographic Data Questionnaire, Thai Geriatric Depression Scale, Barthel Activities of Daily Living Index Thai version, Chulalongkorn Family Inventory, Loneliness Inventory, and Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support Thai version.

Descriptive statistics and hierarchical regression analysis were used for data analysis.

Results: The study results indicated that 10.6% of the older adults had depression. Gender, marital status, number of diseases, functional ability of activities of daily living, loneliness, family functioning, and social support could jointly explain 47.1% of the variance of depression in older adults in the community ($R^2 = .471$, $F = 20.584$, $p < .001$). The factors that significantly predicted depression in the older adults were family functioning ($\beta = -.497$, $t = -5.747$, $p < .001$) and functional ability of activities of daily living ($\beta = -.257$, $t = -4.073$, $p < .001$). Gender, marital status, number of diseases, loneliness, and social support did not significantly predict depression

* วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล Email: Sopin.san@mahidol.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

in older adults. The study findings suggested that nurses should promote family functioning and functional ability of activities of daily living of the older adults to prevent depression in older persons in community.

Keywords: Depression in older adults, Factors predicting, Older adults in community

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน ของปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ และสถานภาพสมรส) จำนวนโรคประจำตัว ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน ความรู้สีกว่าเหว การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

วิธีการศึกษา: การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครพนม จำนวน 170 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบสอบถาม จำนวน 6 ชุด ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดซึมเศร้าในผู้สูงอายุฉบับภาษาไทย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ดัชนีบาร์เทิล ฉบับภาษาไทย แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบสอบถามความรู้สีกว่าเหว และแบบสอบถามความรู้สีกว่าหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบเชิงชั้น

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 10.6 เพศ สถานภาพสมรส จำนวน

โรคประจำตัว ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน ความรู้สีกว่าเหว การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนได้ร้อยละ 47.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .471$, $F = 20.584$, $p < .001$) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว ($\beta = -.497$, $t = -5.747$, $p < .001$) และความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน ($\beta = -.257$, $t = -4.073$, $p < .001$) สำหรับเพศ สถานภาพสมรส จำนวนโรคประจำตัว ความรู้สีกว่าเหว และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าพยาบาลควรส่งเสริมให้ครอบครัวได้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ และส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ปัจจัยทำนาย ผู้สูงอายุในชุมชน

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีการขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็ว (Schultz, 2007) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 7 ของประชากรผู้สูงอายุในปัจจุบัน และพบได้ร้อยละ 1.6 ในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (World Health Organization [WHO], 2013) โดยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเสื่อมถอยของภาวะสุขภาพ ความคิดความจำ และความสามารถทางสังคม

รวมทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงในการคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งทั้งหมดนี้มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ (Barrero, 2012; Blazer, 2003) สำหรับผู้สูงอายุไทยมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจากการสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4.8 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด และพบในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (ร้อยละ 5.5 และ 4.49 ตามลำดับ) (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั้งไทยและต่างประเทศ สามารถแบ่งได้เป็น ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะที่อยู่อาศัย และจำนวนบุตร ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ ความเสื่อมถอยของสติปัญญาและการรู้คิด ภาวะสุขภาพ การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ จำนวนโรคประจำตัว และปัญหาสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล การแก้ปัญหา ความรู้สึกกลัวเหว่ สถานการณ์เลวร้ายในชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้สึกสูญเสีย และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม โดยการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้สามารถอธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ระหว่างร้อยละ 22.9 (Leung, Chen, Lue, & Hsu, 2007) ถึงร้อยละ 52.9 (Aylaz, Akturk, Erci, Ozturk, & Aslan, 2012) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย สามารถอธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ระหว่างร้อยละ

12.55 (Haseen & Prasartkul, 2011) ถึงร้อยละ 62 (พรเพ็ญ ลำเนา, 2548)

จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่พบการนำปัจจัยที่สำคัญในบริบทไทยมาใช้ในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ของครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังคงใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวท่ามกลางบุตรหลานและเครือญาติ ดังนั้นครอบครัวจึงมักจะถูกคาดหวังจากสังคมในการทำหน้าที่ดูแล เอาใจใส่ และช่วยเหลือเกื้อกูลผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงและได้รับปัจจัยพื้นฐานทั้งทางด้านกายภาพ ด้านสังคม และด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552) ผู้วิจัยจึงเชื่อว่าการทำหน้าที่ของครอบครัว น่าจะเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยอธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยให้ชัดเจนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ดังนั้นในการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ และสถานภาพสมรส) จำนวนโรคประจำตัว ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกกลัวเหว่ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีการศึกษายืนยันแล้วว่ามีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาแยกแต่ละปัจจัย ยังไม่พบการศึกษาความสามารถในการร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของปัจจัยทั้งหมด ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการศึกษานี้จะช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และอธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการป้องกัน

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และพัฒนาแนวทางในการดูแล การให้การพยาบาล และการรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสามารถของปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ และสถานภาพสมรส) จำนวนโรคประจำตัว ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ของครอบครัว ความรู้สึกว่าเหงา และการสนับสนุนทางสังคม ในการร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เพศ เกี่ยวข้องกับความถดถอยด้านบทบาทในสังคมและด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายที่แตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลให้ความรู้สึกมีอิสรภาพในชีวิตแตกต่างกันได้ หากการมีบทบาทในสังคมและการเข้าถึงทรัพยากรด้านเศรษฐกิจได้ไม่ดี อาจก่อให้เกิดความเครียด และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัย พบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 2.32 เท่า (Suttajit et al., 2010)

สถานภาพสมรส เกี่ยวข้องกับการรับรู้การมีเครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่มีคู่สมรส (โสด) หรือ

สูญเสียคู่สมรส (หย่าร้าง แยกกันอยู่ หม้าย) อาจรับรู้ว่าคุณค่าการสนับสนุนทางสังคม รู้สึกเป็นภาระของสังคม และแยกตัวออกจากสังคม นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัย พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุที่แต่งงาน 1.97 เท่า (Suttajit et al., 2010) อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่กับคู่สมรสมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ 14.65 เท่า (อรสา ไชยของ และพีรพนธ์ ลือนบุญรัชชัย, 2554)

จำนวนโรคประจำตัวของผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับความรู้สึกสูญเสียสมรรถภาพทางด้านร่างกายจากการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โดยรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองไม่สามารถป้องกัน ไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมหรือแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อต้องเผชิญกับโรคและปัญหาสุขภาพซ้ำ ๆ ได้ จึงยอมจำนนต่อการเจ็บป่วย ไม่ยอมแก้ปัญหา สูญเสียความมั่นใจ และความมีคุณค่าในตนเองเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ ในที่สุด ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัย พบว่าจำนวนโรคประจำตัวของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรเพ็ญ ลำเกา, 2548) และในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 และ 4 โรคขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว 5.69 และ 2.08 เท่า ตามลำดับ (สายพิณ ยอดกุล และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร, 2555; Haseen & Prasartkul, 2011)

ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง และการทำหน้าที่เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนเอง ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่สามารถ

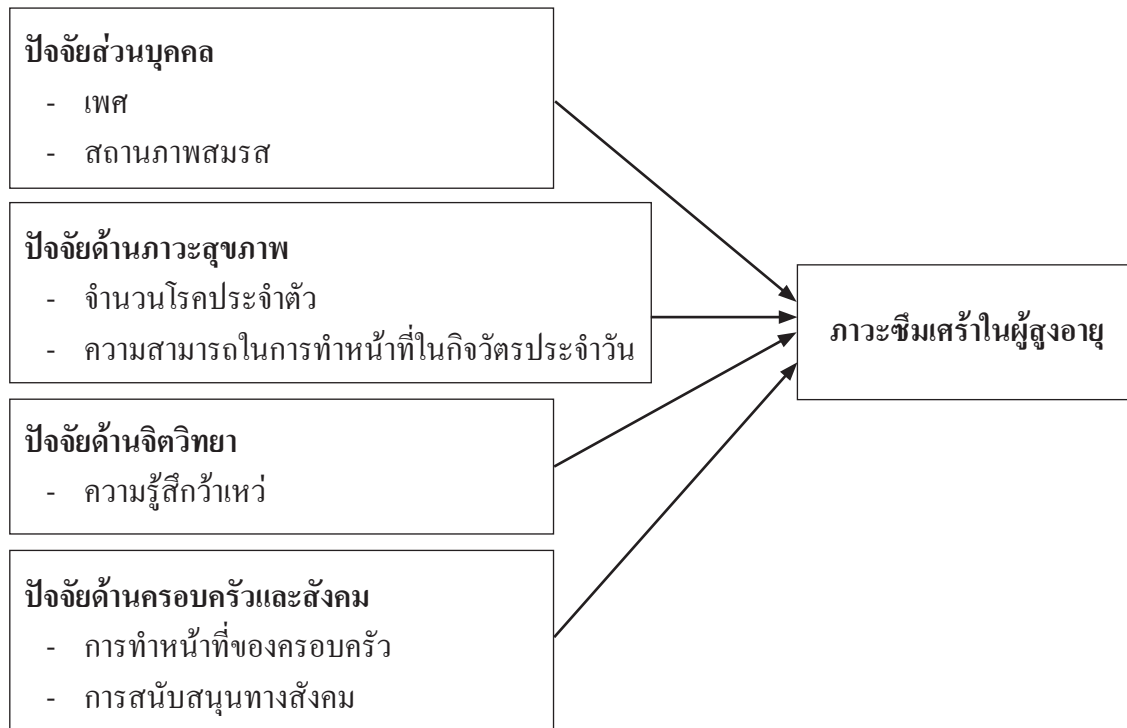
ทำได้ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น สูญเสียคุณค่าในตนเอง และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัย พบว่าความสามารถในการทำหน้าที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (พรเพ็ญ ลำเนา, 2548) และมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (บุษราคัม จิตอารีย์, 2555; Piboon, Subgranon, Hongudemsub, Wongnam, & Callen, 2011; Shin et al., 2009)

ความรู้สึกว่าเหงา เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุเกิดการสูญเสียสัมพันธภาพที่มีความหมาย ทำให้เกิดความรู้สึกด้อยค่า ไม่มีใครรัก ถูกทอดทิ้ง เหงา และโดดเดี่ยว นำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคม และเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ในที่สุด ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัย พบว่าความรู้สึกว่าเหงามีความสัมพันธ์ทางบวกและมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (พรเพ็ญ ลำเนา, 2548; Kim et al., 2009; Piboon et al., 2012)

การทำหน้าที่ของครอบครัว เกี่ยวข้องกับการอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียความรักและสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ซึ่งจากการทบทวน

งานวิจัย พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบ และมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Leung et al., 2007; Wang & Zhao, 2012) การสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวข้องกับการรับรู้ถึงความช่วยเหลือและการดูแลจากครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลพิเศษ ซึ่งหากผู้สูงอายุขาดการรับรู้ถึงการช่วยเหลือทางสังคมที่เหมาะสม อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติในแง่ลบ และแยกตัวออกจากสังคม นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบ และมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Brummett, Barefoot, Siegler, & Steffens, 2000; Leung et al., 2007; Piboon et al., 2012; Wang & Zhao, 2012)

ดังนั้นปัจจัยส่วนบุคคล (เพศและสถานภาพสมรส) การมีจำนวนโรคประจำตัวหลายโรค การบกพร่องของความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจกรรมประจำวัน การมีความรู้สึกเหงา การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่มีประสิทธิภาพและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำ จึงน่าจะสามารถร่วมกันทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนได้ นำเสนอกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1: กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ และสถานภาพสมรส) จำนวนโรคประจำตัว ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน ความรู้สีกว่าเหตุ การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในชุมชน 4 อำเภอ ในจังหวัดนครพนม จำนวนทั้งสิ้น 170 คน โดยทำการศึกษาระหว่างเดือน เมษายน - มิถุนายน พ.ศ. 2558 ทั้งนี้ได้

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็น ผู้สูงอายุที่ไม่มีความบกพร่องด้านสติปัญญาและการรู้คิด โดยได้คะแนนจากการทดสอบตามแบบคัดกรองหมวดหมู่ ≥ 25 คะแนน และ 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (power analysis) ตามแนวคิดของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยเปิดตาราง Power Analysis for Multiple Regression คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากค่ากำลังสองสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R^2) ของตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าตัวแปรทุกตัวมีงานวิจัยสนับสนุนถึงอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และได้ค่าขนาดอิทธิพล

อยู่ในระดับปานกลาง กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ .01 และอำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) ที่ .90 ได้ขนาดหน่วยตัวอย่าง จำนวน 141 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของหน่วยตัวอย่างและข้อมูล จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 รวมหน่วยตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น 170 ราย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการพิจารณา และได้รับอนุมัติเอกสารรับรองเลขที่ ID-02-58-83ย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือคัดเลือกตัวอย่างและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

เครื่องมือคัดเลือกตัวอย่าง: แบบคัดกรองหมวดหมู่ (the set test) สำหรับคัดเลือกหน่วยตัวอย่างตามคุณสมบัติ “ผู้สูงอายุไม่มีความบกพร่องด้านสติปัญญาและการรู้คิด” ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยไอแซก และอักทาร์ (Isaacs & Akhtar, 1972) โดยเป็นแบบคัดกรองที่สอบถามความจำใน 4 หมวดหมู่ได้แก่ สัตว์ผลไม้และเมือง (จังหวัดหรืออำเภอ) โดยในแต่ละหมวดหมู่ ผู้รับการคัดกรองสามารถตอบคำถามได้สูงสุด 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน รวม 40 คะแนน ผู้สูงอายุที่ได้คะแนน ≥ 25 คะแนน หมายถึง มีสติปัญญาการรู้คิดปกติหรือไม่เป็นโรคสมองเสื่อม ซึ่งจากการนำไปใช้พบว่าผู้สูงอายุใช้ระยะเวลาในการตอบแบบคัดกรอง

ประมาณ 2 ถึง 8 นาที และส่วนใหญ่ใช้เวลามากที่สุดในหมวดหมู่ “เมือง (จังหวัด หรืออำเภอ)”

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล:

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ ที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยกับผู้สูงอายุ และจำนวนโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดซึมเศร้าในผู้สูงอายุฉบับภาษาไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เป็นแบบวัดที่กลุ่มฟื้นฟูสภาพสมองแห่งประเทศไทย ปี 2536 แปลเป็นฉบับภาษาไทยจาก Geriatric Depression Scale ของ Yesavage และอรวรรณ สี่ทองอินทร์ (นิพนธ์ พงษ์วินทร์ และคณะ, 2537) เพื่อใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยประเมินความรู้สึกรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert's scale) 2 ระดับ (0 - 1 คะแนน) เป็นการตอบรับหรือปฏิเสธ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ทั้งหมด 30 ข้อ คะแนนรวม 0 - 30 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้การแปลค่าคะแนนยังสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ 0 - 12 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 13 - 18 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าเล็กน้อย 19 - 24 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าปานกลาง และ 25 - 30 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้ารุนแรง การทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .90

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ดัชนีบาร์เทล ฉบับภาษาไทย (Barthel Activities of Daily

Living Index Thai version) ซึ่งพัฒนาเป็นภาษาไทย จาก Barthel Activities of Daily Living Index (BAI) ของมาโฮนี และบาเทล (Mahoney & Barthel, 1965) โดยสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ (Jitapunkul et al., 1994) ลักษณะแบบประเมิน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ คะแนนรวม 0 - 20 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับปกติ นอกจากนี้การแปลผลค่าคะแนน ยังสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 0 - 8 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับต่ำ 9 - 11 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับ ปานกลาง และ 12 - 20 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับ ปกติ

ส่วนที่ 4 แบบวัดการทำหน้าที่ของ ครอบครัว (Chulalongkorn Family Invention: CFI) แปลเป็นภาษาไทยจาก Family Assessment Device (FAD) โดยอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ McMaster Family Functioning (MMFF) ประเมินการทำหน้าที่ของ ครอบครัวด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้าน บทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความ ผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรมรวม ทั้งด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ลักษณะแบบวัดเป็น รูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (1 - 4 คะแนน) ข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ คะแนนรวม 36 - 144 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ครอบครัว มีการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การทดสอบ ความเที่ยงของเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .95

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความว้าเหว (Loneliness Inventory) แปลมาจาก University of California, Los Angeles Loneliness Scale (UCLA Loneliness Scale) ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยสุพรรณิ นันทชัย (2534) ซึ่งสอบถามความ รู้สึกเกี่ยวกับเพื่อนสนิท และความใกล้ชิดสนิท สนมกับเพื่อนที่กำลังมีอยู่ในขณะนั้น ลักษณะ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (1 - 4 คะแนน) ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนรวม 20 - 80 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว้าเหวสูง นอกจากนี้การแปล ผลค่าคะแนนยังสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 20 - 40 คะแนน หมายถึง รู้สึกว้าเหวในระดับ ต่ำ 41- 60 คะแนน หมายถึง รู้สึกว้าเหวในระดับ ปานกลาง และ 61-80 คะแนน หมายถึง รู้สึกว้าเหว ในระดับสูง การทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .92

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความรู้สึก หลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (Multi-dimensional Scale of Perceived Social support Thai version: Thai-MSPSS) แปล เป็นภาษาไทยจาก Multidimensional Scale of Perceived Social support ของไซเมท และคณะ (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) โดย ทินกร วงศ์ปาริณย์ และคณะ (Wongpakarun et al., 2011) ซึ่งประเมินการรับรู้แรงสนับสนุน ทางสังคมของบุคคลจาก 3 กลุ่ม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษ (นอกเหนือจากคนใน ครอบครัวและเพื่อน) ลักษณะแบบสอบถามเป็น แบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ (1-7คะแนน) ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ คะแนนรวม 12-84 คะแนน

คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของอยู่ในระดับสูง การทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล นำส่งไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม เพื่อขออนุญาตในการลงพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 4 แห่ง เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยขออนุญาตรวบรวมรายชื่อของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 60 - 90 นาที ต่อผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัย 1 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติบรรยายและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบเชิงชั้น (hierarchical regression analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์การถดถอย

พหุแบบเชิงชั้น พบว่าตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามสำหรับทุกค่าของผลรวมตัวแปรอิสระเท่ากัน (homoscedasticity) ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (autocorrelation) และตัวแปรอิสระทั้งหลายไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (multicollinearity) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น แต่ผลการทดสอบละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นในส่วนของการข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นแบบโค้งปกติ (normality) ผู้วิจัยจึงแปลงข้อมูลด้วยวิธีการใช้รากที่ 2 (square root transformation) (นพรัตน์ กระต่ายทอง, 2542) ของตัวแปรตาม และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นอีกครั้ง ซึ่งผลการทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 170 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.6) มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี (ร้อยละ 47.6) อายุเฉลี่ย 71.18 ปี มีสถานภาพสมรสหม้าย (ร้อยละ 52.4) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 94.1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 51.2 และ 42.4 ตามลำดับ) มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 56.5) ที่มาของรายได้มาจากเงินสงเคราะห์ (เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ) และมาจากบุตร/หลาน (ร้อยละ 95.9 และ 70.6 ตามลำดับ) รับรู้ว่าตนเองมีรายได้ที่เพียงพอ (ร้อยละ 75.9) และพักอาศัยอยู่กับบุตร/หลาน (ร้อยละ 78.8) สำหรับลักษณะด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 73.5) และมีโรคประจำตัวจำนวน 1 โรค (ร้อยละ 56.8) ซึ่งโรคประจำตัวที่พบ

คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ และโรคเบาหวาน ตามลำดับ (ร้อยละ 32.4, 31.2 และ 17.1 ตามลำดับ)

ผลการวิเคราะห์โดยสถิติบรรยาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 0 - 25 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 4.88 คะแนน ($SD = 5.345$) มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 10.6 ซึ่งส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 6.5) รองลงมา คือ มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (ร้อยละ 3.5) และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (ร้อยละ 0.6) ตามลำดับ มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ระหว่าง 8 - 20 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 19.55 คะแนน ($SD = 1.157$) ส่วนใหญ่ร้อยละ 99.4 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติมีเพียงร้อยละ 0.6 เท่านั้น ที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับต่ำมีคะแนนความรู้สึกว่าเหวอยู่ระหว่าง 20 - 65 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 30.42 คะแนน ($SD = 8.191$) ซึ่งส่วนใหญ่มีความรู้สึกเหวอยู่ในระดับน้อยที่สุด (ร้อยละ 90.6) รองลงมา คือ มีความรู้สึกเหวอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 8.2) และมีความรู้สึกเหวอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 1.2) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 58 - 143 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 125.69 คะแนน ($SD = 13.720$) และมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 16 - 84 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 69.90 คะแนน ($SD = 10.150$)

การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบเชิงชั้น

ผู้วิจัยได้จัดลำดับการนำตัวแปรที่ต้องการศึกษาเข้าสู่สมการทำนาย ตามกรอบแนวคิดการ

วิจัยที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับหลักทฤษฎีและการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ภาพที่ 1) โดยลำดับที่ 1 คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ และสถานภาพสมรส) ลำดับที่ 2 คือ ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ (จำนวนโรคประจำตัว และความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน) ลำดับที่ 3 คือ ปัจจัยด้านจิตวิทยา (ความรู้สึกว่าเหว) และ ลำดับที่ 4 คือ ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม (การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม) ซึ่งพบว่าในสมการที่ 1 ตัวแปรเพศ และสถานภาพสมรส ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนได้ร้อยละ 7.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .074$, $F = 6.718$, $p < .01$) สมการที่ 2 เมื่อนำตัวแปรจำนวนโรคประจำตัว และความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน เข้าสู่สมการ พบว่า เพศ สถานภาพสมรส จำนวนโรคประจำตัว และความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนได้ร้อยละ 22.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .222$, $F = 11.766$, $p < .001$) โดยตัวแปรจำนวนโรคประจำตัว และความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2_{\text{change}} = .147$, $F_{\text{change}} = 15.637$, $p < .001$) สมการที่ 3 เมื่อนำตัวแปรความรู้สึกว่าเหวเข้าสู่สมการ พบว่า เพศ สถานภาพสมรส จำนวนโรคประจำตัว ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน และความรู้สึกว่าเหว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนได้ร้อยละ 34.3

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .343$, $F = 17.096$, $p < .001$) โดยตัวแปรความรู้สึกว่าเหว่ สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2_{\text{change}} = .121$, $F_{\text{change}} = 30.111$, $p < .001$) และสมการที่ 4 เมื่อนำตัวแปรการทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมเข้าสู่สมการ พบว่าเพศ สถานภาพสมรส จำนวนโรคประจำตัว ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกที่เหว่ การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนได้ร้อยละ 47.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .471$, $F = 20.584$, $p < .001$) โดยตัวแปรการทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2_{\text{change}} = .128$, $F_{\text{change}} = 19.606$, $p < .001$)

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบเชิงชั้นพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน และการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากที่สุดเมื่อควบคุมตัวแปรที่เหลือคือ การทำหน้าที่ของครอบครัว ($\beta = -.497$, $t = -5.747$, $p < .001$) รองลงมาคือ ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน ($\beta = -.257$, $t = -4.073$, $p < .001$) สำหรับตัวแปรเพศ สถานภาพสมรส จำนวนโรคประจำตัว ความรู้สึกที่เหว่ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis) หาคำอธิบายการทำนายของตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน (n = 170)

ปัจจัยทำนาย	สมการที่ 1			สมการที่ 2			สมการที่ 3			สมการที่ 4		
	β	SEb	b	β	SEb	b	β	SEb	b	β	SEb	b
เพศ	.122	.902	1.384	.101	.833	1.148	.087	.768	.993	.084	.699	.954
สถานภาพสมรส	.207*	.848	2.214	.159*	.791	1.701	.127	.732	1.364	.043	.679	.460
จำนวนโรคประจำตัว				.174*	.342	.831	.099	.322	.470	.064	.292	.307
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				-.302***	.336	-1.394	-.233**	.315	-1.078	-.257***	.292	-1.189
ความรู้สึกลัวหวู่							.370***	.044	.241	.096	.057	.063
การทำหน้าที่ของครอบครัว										-.497***	.034	-.194
การสนับสนุนทางสังคม										.043	.049	.023
ค่าคงที่ (constant)		.745	2.716		6.810	29.273		6.696	16.590		8.660	47.765
ความสามารถในการอธิบายความแปรปรวน (R^2)		.074		.222			.343			.471		
R^2_{change} (F-test)		.074**		.147***			.121***			.128***		

*p < .05, ** p < .01, *** p < .001

การอภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศและสถานภาพสมรส) จำนวนโรคประจำตัว ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกลัวเหว การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนได้ร้อยละ 47.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยการทำหน้าที่ของครอบครัวมีขนาดอิทธิพลมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของหวาง และเฉา (Wang & Zhao, 2012) ที่พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการแก้ปัญหา ด้านบทบาท และด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าการครอบครัวมีการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะรับรู้ได้ถึงความรัก ความเอาใจใส่ของคนในครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีคุณค่าในตนเอง เฝือกกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีความเครียด มีความมั่นคงทางอารมณ์ และคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี (Keitner & Miller, 1990; Souza et al., 2014) แต่หากผู้สูงอายุรับรู้ว่าการครอบครัวมีการทำหน้าที่ได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุอาจรู้สึกขาดความรักความอบอุ่นเกิดความเครียด รู้สึกโดดเดี่ยว และไม่มีคุณค่าในตนเอง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (สายฝน เอกวารงกูร, 2553; Frisch & Frisch, 2011)

สำหรับปัจจัยความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุรองลงมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา พิบูลย์ และคณะ (Piboon et al., 2012) ชิน และคณะ (Shin et al., 2009) และบุษราคัม

จิตอารีย์ (2555) ที่พบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของโสภณ แสงอ่อน, พรเพ็ญ ลำเภา, และพรทิพย์ มาลาธรรม (2550) ซึ่งพบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากผลการศึกษาอาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติจะไม่เกิดความรู้สึกเป็นภาระ ไม่มีความเครียด คงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีแต่หากผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาจส่งผลให้เกิดแนวความคิดและทัศนคติเกี่ยวกับตนเองในด้านลบเนื่องจากต้องเผชิญกับความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระ โทษตนเอง และสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุขึ้นได้ (Blazer, 2003)

ในส่วนของผู้ป่วยเพศ สถานภาพสมรส จำนวนโรคประจำตัว ความรู้สึกกลัวเหว และการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้จากบริบททางสังคมและวัฒนธรรมในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นชุมชนชนบทในภาคอีสาน ที่ยังคงความเป็นสังคมเครือญาติ อยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่ โดยมีบุตรหลานทำหน้าที่ให้การดูแลเลี้ยงดู และเป็นที่พึ่งพิงให้แก่บิดามารดาที่สูงอายุ จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต มีเพื่อนบ้านและคนในชุมชนที่ไปมาหาสู่กันและกัน อีกทั้งผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ยังถือเป็นผู้ที่มีความอาวุโส เป็นที่เคารพ

นับถือของบุตรหลาน และคนในชุมชน ผู้สูงอายุจึงมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและชุมชนอย่างสม่ำเสมอ (ชนิตา สุ่มมาตย์, 2551; นิรมล ศรีธงชัย, พรรณงาม พรรณเชษฐ์, จริญญา วงษ์พรหม, และ ธนะจักร เข็นบำรุง, 2552) ซึ่งจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่กล่าวมาข้างต้น อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงยังคงมีบทบาททางสังคมและได้รับการสนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจที่ไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส (โสด) หรือสูญเสียคู่สมรส (หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่) ยังคงได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอเหมาะสม ทั้งจากคนในครอบครัว เครือญาติ และคนในชุมชน ผู้สูงอายุจึงรับรู้ถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีความรู้สึกท้อแท้ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สำหรับด้านภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคที่มีอาการแสดงที่ไม่รุนแรงหรือคุกคามการดำเนินชีวิต ไม่กระทบต่อครอบครัวและบุตรหลาน ผู้สูงอายุจึงไม่รู้สึกเป็นภาระ มีกำลังใจ และความหวังในการดำเนินชีวิต ดังนั้นปัจจัยเพศ สถานภาพสมรส จำนวนโรคประจำตัว ความรู้สึกว่าเหว และการสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพควรมีการตรวจเยี่ยม และคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน และจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนสมาชิกในครอบครัว เมื่อเผชิญกับปัญหาการทำหน้าที่

ของครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการจัดโปรแกรมส่งเสริมการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน ในผู้สูงอายุที่สามารถทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันได้ปกติและจัดโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่อง โดยเน้นให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วม เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน

2. จากผลการศึกษา พบว่าเพศ สถานภาพสมรส จำนวนโรคประจำตัว ความรู้สึกว่าเหว และการสนับสนุนทางสังคม ไม่พบอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุในชุมชนภาคอีสานตอนเหนือเท่านั้น จึงควรมีการศึกษาปัจจัยเหล่านี้ในผู้สูงอายุในชุมชนภาคอีสานส่วนอื่น ซึ่งอาจมีบริบทและวัฒนธรรมที่ต่างไปเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนภาคอีสานได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

3. จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบเชิงชั้น พบว่าอิทธิพลของตัวแปรบางตัวหายไปเมื่อมีตัวแปรอื่นเข้าสู่สมการ ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าต่อไปจึงควรทำการศึกษารูปแบบเชิงสาเหตุ (causal model) ของตัวแปร ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

ชนิตา สุ่มมาตย์. (2551). *การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนในภาคอีสาน*. คุุณฉินพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,

- มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นพรัตน์ กระต่ายทอง. (2542). *การแปลงข้อมูลให้มีการแจกแจงแบบปกติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสถิติ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์, อรพรรณ ทองแดง, ประเสริฐ อัสสันตชัย, รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, วรพรรณ เทพหัสดิน ณ อยุธยา, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, และคณะ. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.
- นิรมล ศรีธงชัย, พรรณงาม พรรณเชษฐ์, จริญญา วงษ์พรหม, และธนะจักร เข็นบำรุง. (2552). *การเสริมสร้างสุขภาวะและเครือข่ายทางสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนอีสาน*. สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุษราคัม จิตอารีย์. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- พรเพ็ญ ลำเภา. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหว่ และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมศักดิ์ ชุนห์ศรี (บก.). (2552). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551*. กรุงเทพมหานคร:
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สายฝน เอกวารงกูร. (2553). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายพิน ยอดกฤ และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(3), 50-57.
- สุพรรณิ นันทชัย. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างความว่าเหว่ และสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โสภณ แสงอ่อน, พรเพ็ญ ลำเภา, และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหว่ และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ*. *รามาริบดีพยาบาลสาร*, 13(1), 54-68.
- อรสา ยองโย และพีรพนธ์ ลีอนุญชวัชชัย. (2554). ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 117-128.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2540). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว*. กรุงเทพมหานคร: เพ็ญฟ้าพรินติ้ง.
- Aylaz, R., Akturk, U., Erci, B., Ozturk, H., & Aslan, H. (2012). Relationship between depression and loneliness in elderly and

- examination of influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 548-544.
- Barrero, S. A. P. (2012). Suicide risk factors among the elderly. *Ciencia and Saude Coletiva*, 17(8), 2011-2016.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journal of Gerontology*, 58A(3), 249-265.
- Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Siegler, I. C., & Steffens, D. C. (2000). Relation of subjective and received social support to clinical and self-report assessments of depressive symptoms in elderly population. *Journal of Affective Disorders*, 61(1-2), 41-50.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Frisch, N. C., & Frisch, L. E. (2011). *Psychiatric mental health nursing* (4th ed.). New York: Delmar.
- Haseen, F., & Prasartkul, P. (2011). Predictors of depression among older people living in rural areas of Thailand. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin*, 37, 51-56.
- Isaacs, B., & Akhtar, A. J. (1972). The set test: A rapid test of mental function in old people. *Age Ageing*, 1(4), 222-226.
- Isaacs, B., & Kennie, A. T. (1993). The set test as an aid to the detection of dementia in old people. *British Journal of Psychiatry*, 123, 467-470.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., Chandraprasert, S., & Bunnag, S. (1994). Disability among Thai elderly living in Klong Toey slum. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 77(5), 231-238.
- Keitner, G. I., & Miller, J. W. (1990). Family functioning and major depression: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 147(9), 1128-1137.
- Kim, O., Byeon, Y. S., Kim, J. H., Endo, E., Akahoshi, M., & Ogasawara, H. (2009). Loneliness, depression and health status of the institutionalized elderly in Korea and Japan. *Asian Nursing Research*, 3(2), 63-70.
- Leung, K. K., Chen, C. Y., Lue, B. H., & Hsu, S. T. (2007). Social support and family functioning on psychological symptoms in elderly Chinese. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44, 203-213.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Piboon, K., Subgranon, R., Hongudemsub, P., Wongnam, P., & Callen, B. L. (2011). A causal model of depression among older adult in Chon Buri province, Thailand. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 118-126.
- Schultz, S. K. (2007). Depression in the older adult: The challenge of medical

- comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 847-848.
- Shin, K. R., Jung, D., Jo, I., & Kang, Y. (2009). Depression among community-dwelling older adults in Korea: A prediction model of depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(1), 50-57.
- Souza, R. A., Costa, G. D., Yamashita, C. H., Amendola, F. Gasper, J. C., Alvarenga, M. R. M., et al. (2014). Family functioning of elderly with depressive symptom. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(3), 469-476.
- Suttajit, S., Punpung, S., Jirapramukpitak, T., Tangchonlatip, K., Darawuttimaprakon, N., Stewart, R., et al. (2010). Impairment, disability, social support & depression among older parents in rural Thailand. *Psychological Medicine*, 40, 1711-1721.
- 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. (2013). *Mental health and older adults*. Retrieved January 15, 2014, from <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en#>
- 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.