ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง*

SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION OF THE OLDER PERSONS WITH DEPRESSIVE DISORDER IN THE CENTRAL REGION

*มุจรินทร์ พุทธเมตตา, พยบ. (Mootjarin Puttametta, BNS.)***
*รังสิมันต์ สุนทรไชยา, RN, Ph.D. (Rangsiman Soonthornchaiya, RN, Ph.D)****

Abstract

Objectives: The objectives of this descriptive correlational research were to examine level of depression of the older persons with depressive disorder and to study the relationship between gender, chronic illness, cognitive function, alcohol drinking, stressful life event, self-esteem, resilience, social supports, functional ability and religion belief and depression.

Methods: A sample of 176 patients with depressive disorder, aged 60 years and older was recruited from the psychiatric out-patient department, the tertiary hospital by using multi-stage random sampling. The research instruments included: 1) Personal Questionnaire, 2) Mini – Mental State Examination : Thai version, 3) Geriatric Social Readjustment Rating Scale (GSRRS), 4) Self Esteem Scale, 5) Resilience Scale Instrument, 6) The personal resource questionnaire (PRQ85), 7) Late-Life Function Instrument (LLFI) and, 8) Thai Geriatric Depression Scale (TGDS). All instruments were verified for Content Validity Index (CVI) by five experts. The CVI of instruments was .88 - 1.00. The reliability of the 2^{nd}–8^{th} questionnaires was .811 - .962. Data were analyzed by using descriptive statistics, Point biserial correlation and Pearson's Product Moment correlation.

Results: Majors findings were as follows:

1. The Percentage and level of depression of the older persons with depressive disorder was 65.9% mild, 30.7% moderate and 3.4% severe.

2. Gender was statistically significant related to depression. (r_{pb}=.242, p<.01)

3. Alcohol drinking and stressful life event were statistically significant positive correlation with depression. (r_{pb}=.238, p<.01 and r=.435, p<.01)

** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี*
**** Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail : rangsiman.s@chula.ac.th*

-17-0318(069-082).indd 69 5/26/60 BE 10:31 AM

4. Cognitive function, self-esteem, resilience, social support, functional ability and religion belief were statistically significant negative correlation with depression. (r_{pb}=-.181, p<.05, r=-.318, p<.01, r=-.320, p<.01, r=-.331, p<.01, r=-.362, p<.01 and r_{pb}=-.179, p<.05, respectively)

5. Chronic illness was not related to depression of the older persons with depressive disorder.

Keywords: Selected factors related to depression, Older persons with depressive disorder, Older person

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการรู้คิด การดื่มแอลกอฮอล์ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางจิตใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเชื่อทางศาสนา กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 176 ราย โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 3) แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต 4) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 5) แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ 6) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม 7) แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ และ 8) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง .88 ถึง 1.00 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือชุดที่ 2-8 อยู่ระหว่าง .811 ถึง .962 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา : สรุปได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่พบอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 65.9 นอกนั้นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.7 และระดับรุนแรง ร้อยละ 3.4

2. เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (r_{pb}=.242, p<.01)

3. การดื่มแอลกอฮอล์ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (r_{pb}=.238, p<.01 และ r=.435, p<.01)

4. ความสามารถในการรู้คิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเชื่อทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (r_{pb}=-.181, p<.05, r=-.318, p<.01, r=-.320, p<.01,

r=-.331, p<.01, r=-.362, p<.01 และ r_{pb}=-.179, p<.05 ตามลำดับ)

5. การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

คำสำคัญ : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ

ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นโรคที่เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด และด้านสรีรวิทยา โดยอาการดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการทำงาน สัมพันธภาพและความมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะความคิดอยากทำร้ายตนเอง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะแสดงออกถึงความผิดปกติในแต่ละด้านโดยด้านอารมณ์จะมีความรู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีคุณค่า ด้านพฤติกรรมแสดงออกโดยมีท่าทางการเคลื่อนไหวเชื่องช้า ไม่ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านความคิดมีความคิดหลงผิด คิดว่าตนเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ คิดร้ายต่อตนเอง ด้านสรีรวิทยา เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ หากมีอาการเป็นอยู่นาน อาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองได้ในที่สุด

รายงานด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุต่างประเทศ พบอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.2-14.1 ต่อ 100 รายต่อปี ส่วนใหญ่อายุ 70 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Buchtemann, Luppa, Bramesfeld, & Riedel-Heller, 2012) ในประเทศไทยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7.7 (ธรรมนาถ เจริญบุญ, มุทิตา พนาสถิตย์, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, โสพพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ และพวงสร้อย วรกุล, 2553) และจากการศึกษาของเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพยากุล (2554) พบผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5.9 โดยในเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 7.0 ในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 5.2 และยังพบว่าความชุกของโรคจะสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นโดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีความชุกสูงสุดร้อยละ 5.6 (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554) อัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิต ของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน ในปีงบประมาณ 2551-2556 พบความชุกของโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้น คือ 233.16, 260.78, 242.13, 290.82, 345.70 และ 345.08 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเฉพาะเขตภาคกลางพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน ได้แก่ 182.20, 194.00, 209.08, 309.93, 310.59 และ 362.65 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2556) สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาซึ่งพบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจากปี พ.ศ.2551 ถึงปี พ.ศ.2553 คือจำนวน 3,562, 3,663 และ 3,745 ราย ตามลำดับ (สถาบันจิตเวชสมเด็จเจ้าพระยา, 2553) นอกจากนั้นยังพบปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งกรมสุขภาพจิตตั้งเป้าหมายไว้ร้อยละ 31 ในปี พ.ศ.2556 แต่พบว่าทั้งระดับประเทศและภาคกลาง มีการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 29.06 และ 25.97 ตามลำดับเท่านั้น (กรมสุขภาพจิต, 2556) ทั้งที่ภูมิภาคนี้การคมนาคมค่อนข้างสะดวก และสถานบริการสาธารณสุขที่ให้บริการเฉพาะด้านจิตเวชและสุขภาพจิต มีจำนวน

-17-0318(069-082).indd 71 5/26/60 BE 10:31 AM

เพียงพอ และค่อนข้างมีประสิทธิภาพสูงกว่าภูมิภาคอื่นๆ เหตุผลที่ยังพบจำนวนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในอัตราที่สูง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้สภาพสังคมมีการแข่งขัน เร่งรีบ เพิ่มภาระความกดดันเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าบางรายถูกละเลย หรือบางรายไม่ได้รับการรักษา (สรยุทธ วาสิกณานนท์, 2547) ผลกระทบจากโรคซึมเศร้าก่อให้เกิดปัญหาคุณภาพชีวิตลดต่ำลงในกลุ่มผู้สูงอายุ และยังส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีผลเชื่อมโยงในระดับครอบครัว ก่อให้เกิดความเครียด ท้อแท้เบื่อหน่าย ความยากลำบากในการดูแล รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ครอบครัวที่รับภาระไม่ไหวส่งผลให้มีพฤติกรรมทอดทิ้งผู้ป่วย (Fiske, Wetherell, & Gatz., 2009) (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การใช้สุราหรือยาเสพติด นำไปสู่ความคิดเกี่ยวกับการตาย พบว่าร้อยละ 60-90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2552) ดังนั้นโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงจัดเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งที่ทางสาธารณสุขควรเฝ้าระวังและดูแลอย่างเร่งด่วน

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามแนวคิด The Stress-Diathesis Model ของ Ingram, Miranda, & Segal (1998) กล่าวว่าเป็นสภาวะผิดปกติที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่ซับซ้อน หลากหลาย มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อม เมื่อความเสี่ยงหรือความเปราะบางในตัวบุคคลมีความเครียดเข้ามากระทบ จะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดนี้ร่วมกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เฉพาะเจาะจงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของ Blazer & Hybels (2005) รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ สามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัยสำคัญ คือ ปัจจัยเสี่ยง (risk factors) ประกอบด้วย เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ความสามารถในการรู้คิดบกพร่อง เหตุการณ์หรือความเครียดที่เข้ามาในชีวิต และการใช้แอลกอฮอล์ ส่วนปัจจัยปกป้อง (protective factors) ได้แก่ ความเข้มแข็งทางใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการทำหน้าที่ การสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากสมาชิกครอบครัว บุคคลในสังคมและชุมชน และความเชื่อทางศาสนาได้แก่ หลักธรรมคำสอนต่างๆ (Richardson, 2012) โดยสรุปพบว่าหากบุคคลมีปัจจัยเสี่ยงมากมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมามาก แต่ในขณะเดียวกันถ้าบุคคลนั้นมีปัจจัยปกป้องร่วมด้วย ปัจจัยปกป้องจะช่วยทำให้ระดับความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงลดน้อยลง มีผลทำให้บุคคลนั้นลดความเสี่ยงในการที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (McAllister & McKinnon, 2009)

ในปัจจุบันมีงานวิจัยไม่มากนัก ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าและการป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้าและปัจจัยปกป้องต่างๆเพื่อนำข้อค้นพบของการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการวางแผนหรือแผนการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมเพื่อพัฒนาการพยาบาลแบบองค์รวมเพิ่มมากขึ้นแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

-17-0318(069-082).indd 72 5/26/60 BE 10:31 AM

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการรู้คิด การดื่มแอลกอฮอล์ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเชื่อทางศาสนา กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

คำถามการวิจัย

1. ระดับของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลในเขตภาคกลาง เป็นอย่างไร

2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการรู้คิด การดื่มแอลกอฮอล์ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเชื่อทางศาสนา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหรือไม่อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2. การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การดื่มแอลกอฮอล์ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

3. ความสามารถในการรู้คิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเชื่อทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive correlational research) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease/ICD10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสาธารณสุข ในเขตภาคกลาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 176 ราย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี และโรงพยาบาลนครนายก จังหวัดนครนายก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณตามสูตรของ Thorndike (1978 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถพูดฟังภาษาไทยได้ และติดต่อสื่อสารได้โดยไม่มีอาการทางจิต และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยความสมัครใจ และเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ผู้วิจัยเลือกภาคกลางเป็นพื้นที่สำหรับสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามการแบ่งของเครือข่าย

-17-0318(069-082).indd 73 5/26/60 BE 10:31 AM

บริการสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ 3 เครือข่าย คือเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3, 4 และ 5 ทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากได้ เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 4 ซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัด คือจังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดสระบุรี จังหวัดลพบุรี จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดอ่างทอง และจังหวัดนครนายก ทำการสุ่มอย่างง่ายอีกครั้งด้วยการจับฉลากได้จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดสระบุรี จังหวัดลพบุรี และจังหวัดนครนายก เลือกโรงพยาบาลประจำจังหวัดเป็นพื้นที่ในการศึกษา จำนวนกลุ่มตัวอย่างคิดตามสัดส่วน 1 : 5 ของจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุตามรายงานของโรงพยาบาลนั้นๆ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ที่มารับบริการจำแนกตามโรงพยาบาล

อันดับ	ชื่อโรงพยาบาล	จังหวัด	จำนวนผู้ป่วย	กลุ่มตัวอย่าง
1	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	พระนครศรีอยุธยา	231	46
2	โรงพยาบาลสระบุรี	สระบุรี	302	60
3	โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	ลพบุรี	246	49
4	โรงพยาบาลนครนายก	นครนายก	105	21
	รวม		**884**	**176**

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตและได้รับความเห็นชอบจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการวิจัย และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเป็นลายลักษณ์อักษรถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลการเข้ารับการรักษาแต่อย่างใด แล้วให้สิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ เมื่อยินยอมให้ลงลายมือในการเข้าร่วมวิจัย (informed consent form) คำตอบหรือข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ที่ แบ่งเป็น 8 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ความเชื่อทางศาสนา โรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง การดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini – Mental State Examination : Thai version (MMSE-Thai 2002) เป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยนำมาจากการ

พัฒนาโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 11 ข้อ มีค่าความเที่ยง .811

ส่วนที่ 3 แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เป็นแบบประเมินประสบการณ์ความเครียดตามแนวคิดของ Amster & Kraus (1974) ซึ่งพัฒนาโดย Piboon et al. (2010) และนำมาใช้โดยนิษา สมานทรัพย์ (2554) จำนวน 25 ข้อ มีค่าความเที่ยง .818

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ Rosenberg (Rosenberg's Self-Esteem Scale –RSES) ซึ่งแปลและดัดแปลงใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุโดยเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) และนำมาใช้โดยนิษา สมานทรัพย์ (2554) จำนวน 10 ข้อ มีค่าความเที่ยง .844

ส่วนที่ 5 แบบประเมินเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ เป็นแบบวัดความเข้มแข็งทางใจซึ่งประยุกต์ตามแนวคิดของ Connor, Davidson, & Lee (2003) ซึ่งแปลแบบย้อนหลัง (back translation) และนำมาใช้โดยอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) จำนวน 25 ข้อ มีค่าความเที่ยง .962

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) นำมาใช้โดยรุจิรางค์ แอกทอง (2549) จำนวน 24 ข้อ มีค่าความเที่ยง .876

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ เป็นแบบวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ จากแบบประเมิน Late-Life Function and Disability Instrument ของ Jette, Haley, & Kooyoomja (2004) และนำมาแปลเป็นภาษาไทยในส่วนของ Late-Life Function โดยอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) จำนวน 30 ข้อ มีค่าความเที่ยง .921

ส่วนที่ 8 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) เป็นแบบสอบถามที่ได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง จำนวน 30 ข้อ มีค่าความเที่ยง .838

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของทุกโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยประสานงานผู้รับผิดชอบประจำคลินิกจิตเวชของแต่ละโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียด วิธีการรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจรายละเอียด อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ดำเนินการเก็บข้อมูลหมุนเวียนกันไปในแต่ละโรงพยาบาลตามช่วงวัน-เวลาที่ทางคลินิกจิตเวชเปิดให้บริการ ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2557 ถึงเดือนพฤษภาคม 2558 รวมเวลาทั้งสิ้น 7 เดือน

-17-0318(069-082).indd 75 5/26/60 BE 10:31 AM

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา ความเชื่อทางศาสนา โรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง การดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

2. การวิเคราะห์เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้ค่าร้อยละ การวิเคราะห์ความสามารถในการรู้คิด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเชื่อทางศาสนา และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการรู้คิด การดื่มแอลกอฮอล์ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า วิเคราะห์สถิติ ค่าสัมประสิทธิ์สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation : r_{pb}) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเชื่อทางศาสนา กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ด้วยสถิติวิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation : r) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.3) อายุเฉลี่ย เท่ากับ 68.08 สถานภาพได้แก่สมรส (ร้อยละ 46.0) รองลงมาได้แก่หม้าย และหย่า/แยก (ร้อยละ 39.8 และ 8.0) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.7) ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 68.2) รองลงมาได้แก่มัธยมศึกษา และไม่ได้เรียน (ร้อยละ 12.5 และ 7.4) ส่วนใหญ่มีความเชื่อทางด้านศาสนาระดับมาก (ร้อยละ 63.1) รองลงมาได้แก่มีความเชื่อระดับมากที่สุด และมีความเชื่อระดับปานกลาง (ร้อยละ 26.7 และ 6.8) มีโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 63.6) และมีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป (ร้อยละ 59.6) ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 90.3)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยคัดสรร ด้านปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เพศ ส่วนใหญ่พบเพศหญิง ร้อยละ 73.3 การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.6 ความสามารถในการรู้คิด ส่วนใหญ่พบไม่มีภาวะบกพร่อง ร้อยละ 93.7 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ส่วนใหญ่พบในระดับน้อย ร้อยละ 67.6 การดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่พบไม่ดื่ม ร้อยละ 90.3 ด้านปัจจัยปกป้อง ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนใหญ่พบในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.1 ความเข้มแข็งทางใจ พบในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.1 การสนับสนุนทางสังคม พบอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.5 ความสามารถในการทำหน้าที่ พบอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.3 ความเชื่อทางศาสนา

พบมีความเชื่อระดับมาก ร้อยละ 63.1 ส่วนคะแนนภาวะซึมเศร้า พบในระดับความเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 65.9

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรตามปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง พบดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงค่าสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (r_{pb}) และระดับความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร (n=176)

ปัจจัยคัดสรร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์			ระดับความสัมพันธ์
	r	r_{pb}	p-value	
ปัจจัยเสี่ยง				
เพศ		.242	.001	ต่ำ
การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง		.035	.643	-
ความสามารถในการรู้คิด		-.181	.016	ต่ำ
การดื่มแอลกอฮอล์		.238	.001	ต่ำ
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	.435		.000	ปานกลาง
ปัจจัยปกป้อง				
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.318		.000	ปานกลาง
ความเข้มแข็งทางใจ	-.320		.000	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	-.331		.000	ปานกลาง
ความสามารถในการทำหน้าที่	-.362		.000	ปานกลาง
ความเชื่อทางศาสนา		-.179	.018	ต่ำ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 68.8 มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย รองลงมามีภาวะซึมเศร้าระดับ ปานกลาง และรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 30.7 และ 3.4 ตามลำดับ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการรู้คิด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเชื่อทางศาสนา กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า

เพศ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (r_{pb} = .242, p = .001) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงพบถึงร้อยละ 85.2 ระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 83.3 โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2002) กล่าวว่าเพศมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงและผู้ชายแตกต่างกัน ความเชื่อว่าผู้หญิงมีความอดทนน้อยกว่าผู้ชาย และมีแนวโน้มจะรายงานอาการไม่สบายทางกายแสดงออกทางอารมณ์ชัดกว่า รวมถึงมาใช้บริการดูแลรักษาสุขภาพมากกว่าผู้ชาย

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (r_{pb} = .060, p = .430) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แต่อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคระบบหลอดเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ Blazer & Hybels (2005) ที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแต่ละคนมักเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายอย่างน้อย 1 โรค ทำให้เกิดความท้อแท้เบื่อหน่ายต่อการเจ็บป่วย รวมถึงการใช้ยาเฉพาะโรค อาจก่อให้เกิดความไม่สุขสบายจากการใช้ยา จากการวิจัยครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น แต่เมื่อพิจารณาในแต่ละโรค ยังไม่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนมากนัก ประกอบกับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวสามารถช่วยเหลือตนเอง มารับบริการได้ด้วยตนเอง และจากประวัติการรักษาโรคเรื้อรังพบว่ามีการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นเหตุผลที่สนับสนุนว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ความสามารถในการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_{pb} = -.181, p = .016) แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความสามารถในการรู้คิดระดับสูงขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sheline et al. (2006) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต่อระดับภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น พบว่าหากความสามารถในการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงเพิ่มขึ้นได้

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .435, p = .000) แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมากขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Blazer & Hybels (2005) ได้ให้เหตุผลไว้ว่าการที่บุคคลวัยสูงอายุประสบกับการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ที่เคร่งเครียด เหตุการณ์ก่อให้เกิดความเศร้าสะเทือนใจหรือผิดหวังในชีวิต ปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยที่กระตุ้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

การดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (r_{pb} = .238, p = .001) แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ (2554) ที่ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้า

และปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องในประชากรสูงอายุ พบการดื่มสุราเป็นประจำเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -318$, $p = .000$) แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sowislo & Orth (2013) ศึกษาจากโมเดลความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองพบว่า เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าสูง

ความเข้มแข็งทางใจ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.320$, $p = .000$) แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความเข้มแข็งทางใจสูงขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ พบว่า ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.331$, $p = .000$) แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Prince et al. (1997) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการสนับสนุนทางสังคม พบว่าจำนวนของการขาดการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ระดับสูง

ความสามารถในการทำหน้าที่ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.362$, $p = .000$) แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความสามารถในการทำหน้าที่สูงขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Prigerson et al. (1996) ซึ่งศึกษาความสม่ำเสมอในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังจากคู่ชีวิตเสียชีวิต เพื่อดูการปกป้องจากภาวะซึมเศร้าที่จะตามมาใน 1 และ 2 ปีต่อมา พบว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทำหน้าที่ได้ดี ภาวะซึมเศร้าจะลดลง และกลุ่มผู้สูงอายุ สถานภาพหม้ายพยายามปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ได้เป็นปกติจะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าได้

ความเชื่อทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = -179$, $p = .018$) แสดงว่าหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความเชื่อทางศาสนาสูงขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Richardson (2012) ที่พบว่าบุคคลที่มีความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ส่งเสริมการคิดด้านบวกมากขึ้น และป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้

-17-0318(069-082).indd 79 5/26/60 BE 10:31 AM

ข้อเสนอแนะ

1. จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีบางกิจกรรมยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้ใกล้ชิด เช่น เป็นเพื่อนออกกำลังกาย หรือจัดหาอุปกรณ์ออกกำลังกาย หรือจัดหากิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ ผู้เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานส่งเสริมสุขภาพหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจัดให้มีโครงการหรือกิจกรรมการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ให้ได้ทำร่วมกับบุคคลครอบครัว เช่น รำไม้พลอง รำวง เป็นต้น โดยจัดเวลาให้เหมาะสม เพื่อให้บุคคลในครอบครัวและผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ร่วมกิจกรรม สร้างความรัก ความเข้าใจ เพิ่มมากขึ้น จนส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดลง

2. การสนับสนุนทางสังคม ยังมีส่วนที่เกี่ยวข้องคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปฏิบัติกิจกรรมด้านสุขภาพต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค่อนข้างน้อย เช่น ฝึกทักษะให้รู้จักนวดเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย แนะนำถึงโทษของการรับประทานยาแก้ปวด มาเยี่ยมบ้านเพื่อสอบถามความเป็นอยู่ ให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอันตรายจากการพลัดล้ม ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคประจำตัว และแจ้งให้เข้าร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาล/ชุมชนจัดขึ้น เป็นต้น ทำให้ค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค่อนข้างต่ำ จึงเห็นควรแนะนำผู้เกี่ยวข้อง เช่น บุคลากรในโรงพยาบาล/รพ.สต.ที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ตลอดจน อสม. ให้ความสนใจ หาแนวทางหรือจัดกิจกรรมบริการแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อช่วยให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดลง

3. ควรศึกษาวิจัยในการจัดทำโปรแกรมหรือกิจกรรมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เช่น โปรแกรมหรือกิจกรรมเพิ่มความสามารถในการรู้คิด โปรแกรมหรือกิจกรรมการสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โปรแกรมหรือกิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ โปรแกรมหรือกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม โปรแกรมหรือกิจกรรมที่พัฒนาการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2556). *สถิติผู้ป่วยทางสุขภาพจิตในประเทศไทย.* สืบค้นเมื่อ 14 กันยายน 2556, จาก http://www.dmh.go.th/report/report1.asp

กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). *รายงานการสาธารณสุขไทย 2551-2553.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.

เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพยากุล. (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 56,* 103-116.

ธรรมนาถ เจริญบุญ, มุทิตา พนาสถิตย์, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, โสพพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ และพวงสร้อย วรกุล. (2553). ภาวะซึมเศร้า

และภาวะสมองเสื่อมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 15 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร. *ธรรมศาสตร์เวชสาร, 10*(4), 428-36.

นิษา สมานทรัพย์ และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2555). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ. วารสารการพยาบาลจิตเวช. และสุขภาพจิต, 26*(3), 57-70.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2552). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ บียอร์น เอนเทอร์ไพรซ์.

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดสระบุรี.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

รุจิรางค์ แอกทอง. (2549). *การปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนครปฐม จังหวัดนครปฐม.* วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

สรยุทธ วาสิกนานนท์. (2547). *การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวช.* กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ. (2553). *การสำรวจสถิติจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มโรค ระหว่าง พ.ศ. 2550 – 2553.* สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วี.พริ้นท์ (1991) จำกัด.

อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ. (2556). *ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Blazer, D., & Hybels, C. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine, 35*, 1-12.

Buchtemann, M. T., Luppa, M., Bramesfeld, A., & Riedel-Heller, S. (2012). Incidence of late-life depression : A systematic review. *Journal of Affective Disorder, 142*(1), 172-179.

Connor, K. M., Davidson, J. R., & Lee, L. C. (2003). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *Journal of Traumatic Stress, 16*(5), 487-494.

Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*(12), 363-389.

Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998).

Cognitive vulnerability to depression. New York: Guiford.

Jett, A. M., Haley, S. M., & Kooyoomjian, J. T. (2004). Late life function and Disability Instrument : II Development and evaluation of the function component. *Journal Gerontology A Biological Science Medical Science, 57,* 17-22.

McAllister, M., & McKinnon, J. (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines : A critical review of the literature. *Nursing Education Today Journal, 29,* 371-379.

Piboon, K., Subgranon, R., Hengudomsub, P., Wongnam, P., & Louise C. B. (2010). A Causal Model of Depression Among Older Adults in Chon Buri Province, Thailand. *Issues in mental health nursing, 33*(2), 118-126.

Prigerson, H., Monk, T. H., Reynolds, C. F., Begley, A., Houck, P. R., Bierhals, A. J., & Kupfer, D. J. (1996). Lifestyle regularity and activity level as protective factors against bereavement-related depression in late-life. *Article first published online.* Retrieved January 22, 2014, from http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/depr.3050030607/abstract

Prince, M. J., Harwood, R. H., Blizard, R. A., Thomas, A., & Mann, A. H. (1997). Social support deficits, Loneliness and life events as risk factors for depression in old age. *Psychological Medicine, 27,* 323–332

Richardson, T. M. (2012). Depression and Its Correlates Among Older Adults Accessing Aging Services. *The American Journal of Geriatric Psychiatry.* 346–354.

Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The Health-Related Functions of Social Support. *Journal of Behavior Medicine, 4,* 381-405.

Sheline, Y. I., Barch, D. M., Garcia, K., Gersing, K., Pieper, C., Welsh-Bohmer, K., Steffens, D. C., & Doraiswamy, P. M. (2006). Cognitive Function in Late life Depression : Relationships to Depression Severity, Cerebrovascular Risk Factors and Processing Speed. *Biological Psychiatry, 60*(1), 58-65.

Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does Low Self-Esteem Predict Depression and Anxiety? A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Psychological Bulletin American Psychological Association, 139*(1), 213–240.