

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า*

FACTORS RELATED TO RESILIENCE AMONG OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ, พยบ. (Arunlak khongphaisansophon., BNS)**

รังสิมันต์ สุนทรไชยา, RN, Ph.D (Rangsiman Soonthornchaiya, RN, Ph.D)***

Abstract

Objectives: To examine resilience among older persons with major depressive disorder, and to investigate relationships between gender, marital status, chronic illness, family income, functional ability, cognitive function, hopelessness, social support, depression and resilience.

Methods: A descriptive correlational research was used. The sample consisted of 165 older persons diagnosed with major depressive disorder, by using a random sampling at the psychiatric out patient. Research instruments were 1) Mini-mental status examination 2) Thai Geriatric depression scale 3) The personal questionnaire 4) Connor-Davidson resilience scale questionnaire 5) Late-Life function instrument 6) Geriatric hopelessness scale and 7) The personal resource questionnaire. The content validity index of the instruments (4,5,6

and 7) were .84, .81, .88 and .96 respectively and Cronbach's alpha reliability of the instruments (1,2,4,5,6 and 7) were .74 , .85, .89 , .79 , .88 and .82 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, Point Biserial Correlation, Spearman Rank Correlation and Pearson's Product Moment Correlation.

Results: 1. Older persons with major depressive disorder had mean score of resilience was at the low level ($\bar{X} = 64.79$, $SD = 17.63$) 2. Gender, marital status, chronic illness and family income did not correlate with resilience. 3. Late-life function, cognitive function and social support had significant positively correlated with resilience ($r = .301$, $r = .172$, $r = .456$, $p < .05$) 4. Hopelessness and depression had significant negatively correlated with resilience at the significant level of .01 ($r = -.510$, $r = -.367$, $p < .01$)

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**พยาบาลวิชาชีพ รพ. ห้วยเกี๋ยว

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: rangsiman.s@chula.ac.th

Conclusion: To promote resilience of old persons with major depressive disorder, the research enhanced functional ability, social support and decreasing hopelessness and depression were managed to.

Keywords: Resilience, Older persons, Major depressive disorder

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัว ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้ากับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 165 ราย ได้รับการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น 2) แบบวัดความเศร้าของผู้สูงอายุไทย 3) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 4) แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ 5) แบบประเมินความสามารถของผู้สูงอายุ 6) แบบวัดความสิ้นหวังของผู้สูงอายุ 7) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยมีดัชนีความตรงของ แบบวัดที่ 4,5,6 และ 7 เท่ากับ .84, .81, .88 และ .96 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงของแบบวัดที่ 1,2,4,5,6 และ 7 เท่ากับ .74 , .85, .89 , .79 , .88 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์

ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติสหสัมพันธ์ พอยท์ไบซีเรียล สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05

ผลการศึกษา:

1. ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำ ($\bar{X} = 64.79$, $SD = 17.63$)

2. เพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัวต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ

3. ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการรู้คิดและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ระดับ .05 ($r = .301$, .172, .456) ตามลำดับ

4. ความสิ้นหวังและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่ระดับ .01 ($r = -.510$, $r = -.367$) ตามลำดับ

สรุป: การส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม การลดความสิ้นหวังและภาวะซึมเศร้า สามารถเพิ่มความเข้มแข็งทางใจให้แก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้

คำสำคัญ ความเข้มแข็งทางใจผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า

ความสำคัญของปัญหา

ในหลายทศวรรษที่ผ่านมาเกิดความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชากรโดยทั่วไปในโลก มีแนวโน้มที่มีอายุยืนยาวขึ้น เห็นได้จากจำนวนประชากรโลกที่มี

อายุ 60 ปีขึ้นไปมีอัตราเพิ่มขึ้น ในปี 2543 เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.9 และ 12.9 และในปี 2563 คาดว่า จะเพิ่มเป็นร้อยละ 17.1 และ 12.1 ตามลำดับ สำหรับสถิติของประเทศไทย คาดการณ์ว่า ในอีก 15 ปีข้างหน้าคือปี 2568 ผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 2 เท่าของปี 2552 คือ 14.9 ล้านคน (วิทยาลัยประชากรศาสตร์, 2554) จากการรายงานของ The National Institute of Mental Health's Epidemiologic Catchment Area Program พบว่า ความผิดปกติทางจิตใจ ในผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด ก็คือ โรคซึมเศร้า (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นโรคที่มีผลกระทบอย่างมากต่อทั้งชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการเสื่อมลงของสุขภาพ การเสื่อมลงของความคิด ความจำและความสามารถทางสังคม ซึ่งทั้งหมดนี้จะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของการเสียชีวิตในที่สุด (Blazer & Hybels, 2005) องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของประชากรทั่วโลกจะเปลี่ยนจากลำดับที่ 4 มาเป็นลำดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 (World Health Organization [WHO], 2004) จากการศึกษาก่อนของ The Dutch Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) พบว่าประชากรที่มีอายุระหว่าง 55–85 ปี เป็นช่วงอายุที่เกิดโรคซึมเศร้ามากที่สุด โดยมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าของผู้หญิงเป็น 2 : 1 เท่าของผู้ชาย (Keyes & Good, 2006 อ้างใน พูลสิน เกลิมวัฒน์, 2553) สำหรับในประเทศไทยนั้นกรมสุขภาพจิตจึงได้มีนโยบายในการป้องกันและแก้ไขโรคซึมเศร้า โดยกำหนดให้ ปี พ.ศ. 2552–2563 เป็นปีทศวรรษแห่งการ

ป้องกันและแก้ไขโรคซึมเศร้าและจากการรวบรวมสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่เข้ารับบริการที่สถานบำบัดจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจาก พ.ศ. 2554 ถึง ปี พ.ศ. 2556 มีจำนวน 979, 981 และ 1,041 ราย ตามลำดับ (ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 2556)

โดยผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าพบว่ามีการแตกต่างจากที่พบในผู้ป่วยวัยอื่นๆ คือ ผู้ป่วยจะมีการไม่สบายทางร่างกาย เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด เบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ รอบตัว แยกตัว ความคิดซ้ำ ลังเล ไม่มั่นใจ มองเสื่อม รู้สึกไร้ค่า ท้อแท้สิ้นหวัง เบื่อชีวิต อยากตาย เป็นมากอาจมีอาการหลงผิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย (somatic delusion) (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงสามารถกลับเป็นซ้ำได้บ่อย ก่อให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวันและหน้าที่ความรับผิดชอบต่อการทำงานและส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและประเทศชาติ เนื่องจากต้องสูญเสียงบประมาณที่นำมาพัฒนาประเทศมารักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดการสูญเสียค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงถึง 70 ล้านบาทหรือต่อปีในประเทศสหรัฐอเมริกา (Weyerer et al., 2008) การที่มีอาการเรื้อรังทำให้คุณภาพการทำงาน ลดลงและสูญเสียผลิตภาพ สูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายและการรู้คิดทางด้านจิตใจและส่งผลกระทบเป็นภาระพึ่งพิงสูงต่อคนในครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้

ตามปกติเพราะต้องดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาเศรษฐกิจตามมา (จิราวรรณ อินคุ่ม, 2549) จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับความทุกข์ทรมานจากการอาการซึมเศร้าโดยจะมีอาการเศร้ามาก ไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไรและอาจมีโรคทางกายร่วมด้วย (Cattell, 2000) ซึ่งความเจ็บป่วยนี้ถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตหรือความทุกข์ของชีวิต ซึ่งถ้าหากไม่สามารถผ่านพ้นวิกฤตนี้ไปได้จะส่งผลทำให้เกิดอาการซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำหรือเกิดอาการรุนแรงจนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ (Beck, 1967) การมองในด้านบวกว่าภาวะวิกฤต เช่น การป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเป็นโอกาสหรือบทเรียนที่ใช้ในการพัฒนาระดับจิตใจของตนนั้นว่ามีความสำคัญยิ่ง (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2548) โดยใช้กระบวนการที่สามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิตอันเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (กรมสุขภาพจิต, 2551) กระบวนการดังกล่าวตรงกับภาษาอังกฤษคำว่า Resilience สำหรับภาษาไทยมีการใช้คำเหล่านี้หลากหลายเช่น ความสามารถในการฟื้นพลัง ความเข้มแข็งทางจิตใจ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์และจิตใจ ความยืดหยุ่น (กรมสุขภาพจิต, 2551)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คำ Resilience ว่า “ความเข้มแข็งทางใจ” เนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าควรมีความเข้มแข็งที่จะต้องยืนหยัดเผชิญต่อสู้กับโรคที่เป็นอย่างเข้มแข็งและแข็งแกร่ง เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข ความเข้มแข็งทางใจเป็นกระบวนการความ

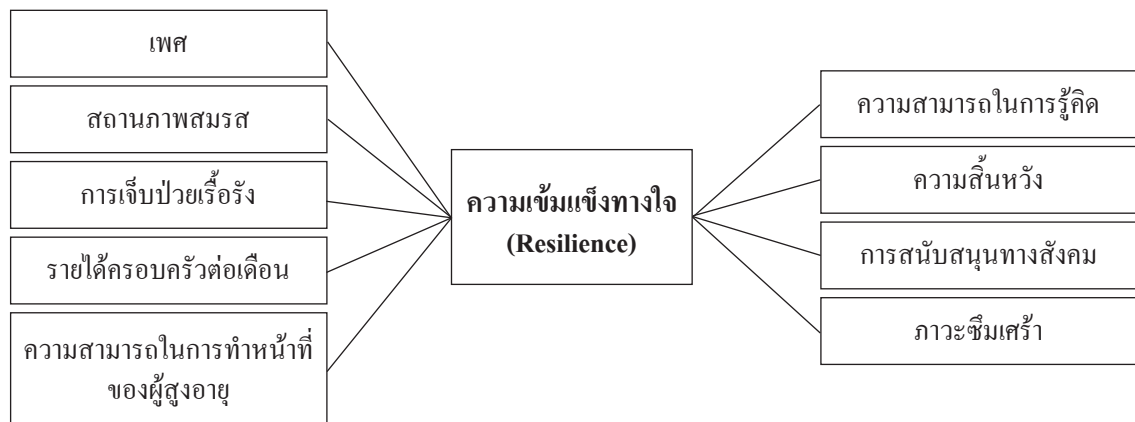
สามารถของบุคคลในการปรับตัวเผชิญกับโรคเรื้อรังในที่นี้ คือ โรคซึมเศร้าให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข (Germezy, 1991) ในการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหรือในสถานการณ์ที่ซึมเศร้า (Wagnaild & Young, 1993) ความเข้มแข็งทางใจยังเป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่เริ่มเกิดขึ้นในคนทุกๆ คน เป็นกลไกในการแก้ปัญหา การปรับตัวทางบวกของแต่ละบุคคล เพื่อให้กลับสู่สถานการณ์ในชีวิตที่เป็นปกติเมื่อเผชิญสถานการณ์กดดัน หรือภาวะความยากลำบาก ความเข้มแข็งทางใจเป็นกระบวนการของบุคคลในการสะสมประสบการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นทักษะในการแก้ปัญหาและฟื้นฟูสภาพตัวเองในยามที่เกิดเหตุที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ซึ่งกระบวนการความเข้มแข็งทางใจนี้สามารถพัฒนาได้ และจัดเป็นปัจจัยปกป้องหรือกลไกหนึ่งที่มีส่วนทำให้สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในภาวะวิกฤตได้ (Hjemdal, Aune, Reinfjell, Stiles, & Friberg, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้สูงอายุพบว่าปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้น คือ การที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำ (Heisel, 2006) โดยในประเทศแคนาดาพบผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีระดับความเข้มแข็งทางใจต่ำเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายประมาณ 12/100,000 คน (Heisel, 2006) ความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถของบุคคลที่ทำให้เกิดการปรับตัวทางบวก ควบคุมอารมณ์และแก้ไขปัญหาได้ (Heisel, 2006; Gooding, Hurst, Johnson, & Tarrier, 2012) จากการศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มผู้สูงอายุชาวจีน พบว่าความเข้มแข็งทางใจสามารถช่วยลดอัตราตายได้

ถึงร้อยละ 9.2 (Shen & Zeng, 2010) อย่างไรก็ตาม การศึกษาความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้ายังมีข้อจำกัด เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีความซับซ้อนจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทาง สรีระร่างกายและสารสื่อประสาทซีโรโโทนินและ โดปามีนรวมทั้งการสูญเสียการทำหน้าที่ในการ ดำเนินชีวิต การรู้จัก บทบาทหน้าที่ (Hardy, Concato, & Gill, 2004; นิษา สมานทรัพย์, 2554; นภา จิรัฐจินตนา, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและ ต่างประเทศส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่ม ประชากรวัยรุ่นหรือในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการ ป่วยทางจิตใจ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชมีความสนใจศึกษาปัจจัย คัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อเป็นแนวทางในการ ดูแลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีการดำเนินชีวิตอย่าง มีความสุขตามอัตภาพและเป็นการป้องกันการ กลับเป็นซ้ำหรือป้องกันการฆ่าตัวตาย

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับ ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
2. การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความสิ้นหวังและ ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความ เข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า
3. รายได้ครอบครัวต่อเดือน, ความสามารถ ในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ, ความสามารถในการ

การรู้จักและการสนับสนุนทางสังคมมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) ในลักษณะวิจัยเชิง สหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจของ

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัว ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV หรือ ICD-10 และมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายหญิง การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้ $N = 10k + 50$ ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้จึงได้ 150 คน และ

เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะได้จำนวนตัวอย่างเพียงพอ ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 (ประกอบ กรรณสูตร, 2542) ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดในการศึกษาครั้งนี้คือ 165 คน

2) การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 คัดเลือกโรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางในเขตกรุงเทพมหานครที่ให้บริการสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

2.2 แบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล เนื่องจากประชากรของแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เท่ากัน จากการสำรวจประชากรของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับบริการในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ มีผู้รับบริการในปี พ.ศ.2555 ดังนี้

ตาราง 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำแนกตามโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2555 (n = 165)

โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	ร้อยละ	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	981	75.46	126
2. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	319	24.54	39
รวม	1,300	100	165

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับอนุญาตให้ทำวิจัย โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัย

ขอพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ

ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างการตอบแบบสอบถามก่อนที่จะไปส่วนถัดไปจะถามผู้ปวยก่อนว่าจะตอบต่อหรือพักก่อน นอกจากนี้ในระหว่างตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยแล้วไม่ต้องการตอบแบบสอบถามต่อสามารถบอกเลิกได้และผู้วิจัยจะทำการชี้แจงข้อมูลว่าข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ประกอบขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบบสอบถามมี 7 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-mental status examination: MMSE-Thai 2002) โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พ.ศ.2542 จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบสอบถามความจำการคิดค่าคะแนนความบกพร่องในการรู้คิด ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา หากผู้ถูกทดสอบไม่ได้เรียนหนังสืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด ซึ่งมีคะแนนเต็ม 23 คะแนน หากผู้ถูกทดสอบศึกษาระดับประถมศึกษาศึกษาระดับ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด หากผู้ถูกทดสอบศึกษาระดับสูงกว่าประถมศึกษาศึกษาระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.74

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric depression scale:

TGDS) เครื่องมือนี้มีรากฐานมาจาก Yasavage et al. (1978) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกโดยอรรณณ ลีทองอินทร์ (2533) และพัฒนาขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็นแบบประเมินความรู้สึกตนเองในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ด้านร่างกายด้านจิตใจและด้านสังคม เป็นคำถามให้ตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” การแปลผลแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าเป็น 4 ระดับดังนี้ ความเศร้าปกติ, มีความเศร้าเล็กน้อย, มีความเศร้าปานกลางและมีความเศร้ารุนแรง ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว ต่อเดือน ระดับการศึกษา เก็บข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประเมินความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุ (Connor Davidson Resilience Scale, 2003) เป็นแบบวัดความเข้มแข็งทางใจ ผู้วิจัยได้ทำเรื่องขอลิขสิทธิ์จากเจ้าของเครื่องมือ (Connor & Davidson, 2003) หลังได้รับอนุญาตได้นำมาเครื่องมือดังกล่าวมาแปลและพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทในสังคมไทยข้อคำถาม 25 ข้อ ในการแปลใช้เทคนิคการแปลเครื่องมือ แบบการแปลย้อนกลับ (back translation) จากนั้นนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหาการตอบแบบสอบถามให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบตามความจริงที่เกี่ยวกับตัวผู้ตอบแบบสอบถามในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ

ดังนี้ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วยน้อย, เห็นด้วยบางครั้ง, เห็นด้วยบ่อยครั้ง, เห็นด้วยอย่างยิ่งเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน โดยคิดจากคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากแบบสอบถามและแปลความหมายของคะแนนจากคะแนนรวมทั้งหมด โดยคะแนนรวมยิ่งมากแปลผลว่าผู้ป่วยยังมีระดับความเข้มแข็งทางใจสูง ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (Content Validity index : CVI) เท่ากับ 0.84 และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 5 เครื่องมือประเมินความสามารถของผู้สูงอายุ (Late-Life Function Instrument) (Haley et al., 2002, อ้างในนภจิรัฐจินตนา, 2554) พัฒนาเครื่องมือนี้ครั้งแรกตามแนวคิดของ Nagi (1991) ชื่อ Late -Life Function and Disability Instrument (LLFDI) เพื่อประเมินความสามารถและภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ แต่ในงานวิจัยฉบับนี้ได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือให้ใช้แบบสอบถามชุดนี้ประเมินเฉพาะด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ (Late-Life Function Instrument: LLFI) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวมาแปลโดยใช้เทคนิคการแปลเครื่องมือ แบบการแปลย้อนกลับ (back translation) การตอบแบบสอบถาม ตอบตามความสามารถของผู้ตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้สามารถทำได้ดีมาก, สามารถทำได้ดี, สามารถทำได้ปานกลาง, สามารถทำได้เล็กน้อย และไม่สามารถทำได้เลย เกณฑ์ในการแปลผลคะแนน โดยคิดจากคะแนนรวมของกลุ่ม

ตัวอย่างที่ได้จากแบบสอบถามและแปลความหมายของคะแนนจากคะแนนรวมทั้งหมด โดยคะแนนรวมยิ่งมากแปลผลว่าผู้ป่วยยังมีระดับความสามารถในการทำหน้าที่สูง ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (Content Validity index : CVI) เท่ากับ 0.81 และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.79

ส่วนที่ 6 แบบวัดความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ (Geriatric Hopelessness Scale) ของ Fry (1984 อ้างในนิสา สมานทรัพย์, 2554) มีทั้งหมด 30 ข้อ เป็นแบบสอบถามความคิด/ความรู้สึก เป็นข้อคำถามเชิงลบ 15 ข้อ ถ้าตอบ “ใช่” ได้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบ “ไม่ใช่” ได้ 0 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับความสิ้นหวังน้อย, ระดับความสิ้นหวังปานกลาง, ระดับความสิ้นหวังมาก ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (Content Validity index : CVI) เท่ากับ 0.88 และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88

ส่วนที่ 7 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แนวคิดของ Brandt & Weinert (1981 อ้างในชนนาค วรรณพรศิริ, 2535) จำนวน 25 ข้อ การตอบแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ดังนี้เห็นด้วยมาก, ค่อนข้างเห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย เกณฑ์การแปลผลระดับของการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ พิจารณาตามคะแนน แบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมไม่ดี, การสนับสนุนทางสังคมดี ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

(Content Validity index : CVI) เท่ากับ 0.96 และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองรวมทั้งสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้ ขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาและสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยชี้แจงเรื่องที่จะทำการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขออนุญาตจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยแต่ละโรงพยาบาล เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากผู้ผู้อำนวยการแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกและเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกคลินิกจิตเวชที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดและขอความร่วมมือในการทำวิจัย การเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเตรียมเอกสารระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างตามเป้าหมายติดไว้ที่โต๊ะของพยาบาลคัดกรองและเตรียมกระดาษที่แสดงสัญลักษณ์ข้อความ “ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการสัมภาษณ์วิจัย” เพื่อให้พยาบาลคัดกรองติดที่หน้าเวชระเบียนของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคัดกรองจากพยาบาลคัดกรอง ส่งมายังโต๊ะเก็บข้อมูลวิจัยหน้าห้องตรวจแพทย์ผู้วิจัยจะดำเนินการคัดเลือกกว่าผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามที่กำหนดหรือไม่อย่างไร โดยการให้ผู้ป่วยเริ่มทำแบบประเมินชุดที่ 1 ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดออกข้อใดข้อหนึ่ง ผู้วิจัยจะคัดกลุ่มตัวอย่าง

นั้นออก แต่หากกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเข้า ผู้วิจัยจะดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินชุดที่ 2 ต่อเนื่อง

ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยพินิจสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเอกสารชี้แจงข้อมูล และหนังสือยินยอม และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดพร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบประเมินแต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในบริเวณใต้รับคิวหน้าห้องตรวจแพทย์เป็นบริเวณเก็บข้อมูลของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และบริเวณห้องที่เป็นสัดส่วนของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามของแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างฟังและกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง แต่จะอ่านข้อคำถามไว้ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบประเมินด้วยตนเองได้ เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา อ่านหนังสือไม่ออก สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านแบบประเมินได้ผู้วิจัยจะให้ทำแบบประเมินด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบประเมินประมาณ 30–45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินยังไม่เสร็จสมบูรณ์ โดยมีกิจกรรมที่ต้องทำอย่างอื่นก่อนเช่นถึงคิวเข้าพบแพทย์ ผู้วิจัยก็จะให้กลุ่มตัวอย่างทำในกิจกรรมที่ต้องทำก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบประเมินให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากทำกิจกรรมอื่นที่ต้องทำแล้ว ระยะเวลา

ดำเนินการ 11 สัปดาห์ ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2556 ถึงเดือน มกราคม 2557 จนได้กลุ่มตัวอย่าง ครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด 165 คน จึงนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ความครบถ้วนแต่ละฉบับอีกครั้งและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับการวิเคราะห์ กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติสหสัมพันธ์ พอยท์ไบซีเรียล สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมนและ สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 66.18 ปี ($\bar{X} = 66.18$, $SD = 4.54$) และอยู่ในช่วงอายุ 60-70 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.8 ส่วนใหญ่ เป็นผู้หญิงคิดเป็นร้อยละ 65.5 การศึกษาอยู่ใน

ระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 48.5 สถานภาพสมรส คู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.5 ส่วนใหญ่ มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 28.5 ด้านการเจ็บป่วยเรื้อรังพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 73.3 ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง, โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นต้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ มีความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำ ($\bar{X} = 64.79$, $SD = 17.63$) ตัวแปรเพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัวต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ความสามารถในการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ที่ระดับ .05 ($r = .301$, $.172$ และ $.456$) ตามลำดับ ความสิ้นหวังและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ที่ระดับ .01 ($r = -.510$ และ $r = -.367$) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส รายได้ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้ากับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (n = 165)

ปัจจัยคัดสรร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์				
	r	r _{pb}	p	p - Value	ระดับความสัมพันธ์
เพศ	-	.063	-	.612	-
สถานภาพสมรส	-	-.039	-	.694	-
การเจ็บป่วยเรื้อรัง	-	.075	-	.982	-
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน	-	-	.065	.407	-
ความสามารถในการทำหน้าที่	.301	-	-	.000	ต่ำ
ความสามารถในการรู้คิด	.172	-	-	.027	ต่ำมาก
การสนับสนุนทางสังคม	.456	-	-	.000	ปานกลาง
ความสิ้นหวัง	-.510	-	-	.000	ปานกลาง
ภาวะซึมเศร้า	-.367	-	-	.000	ต่ำ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. เพศ ไม่มีความสัมพันธ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายผลได้ว่าเพศชายและเพศหญิงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม มีประสบการณ์ชีวิตและความสามารถในการเผชิญเรื่องต่างๆ ไม่แตกต่างกัน (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) บทบาทในครอบครัวเพศหญิงสามารถเป็นหัวหน้าครอบครัวหารายได้เพื่อสร้างความมั่นคงของครอบครัวได้เท่าเทียมกับเพศชาย (รุจิราภรณ์ แอ็กทอง, 2549) และในขณะที่วัยคนสังคมก็ให้การยอมรับเพศหญิงมากขึ้นไม่แตกต่างกับเพศชาย จาก

ผลการศึกษา จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศในการศึกษา

2. สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของ Mehta et al. (2008) อธิบายได้ว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ

3. การเจ็บป่วยเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย การวิจัยครั้งนี้พบว่า โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างคือ โรคไขข้อในเลือดสูง โรคความดันโลหิต

สูง โรคเบาหวาน ตามลำดับอีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ทำให้โรคดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยไม่มากนัก ไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ และผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเป็นโรคเรื้อรังที่ยังมีภาวะแทรกซ้อนไม่มากนัก ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้เมื่อเปรียบเทียบกับโรคมะเร็งหรือโรคข้อเข่าเสื่อม ที่จะมีผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากกว่า (จิรวรรณ อินคัม, 2550) อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวส่วนใหญ่สามารถมารับบริการได้ด้วยตนเอง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เหล่านี้จึงเหตุผลที่สนับสนุนว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

4. รายได้ครอบครัวต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมไทยในปัจจุบัน มีระบบประกันสุขภาพเข้ามามีบทบาทในการรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยทุกราย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) อีกทั้งตามการปฏิบัติสืบมาของสังคมไทย การดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของบุตรหลานและคนในครอบครัว สังคมให้คุณค่าการปฏิบัติเช่นนี้ว่า เป็นการตอบแทนพระคุณผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับหลักคำสอนของศาสนา คือเรื่องความกตัญญูทดแทน

5. ความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .172, p=.027$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่า ความสามารถในการรู้คิดสูง

มีความเข้มแข็งทางใจสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Hardy et al. (2004) กับความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ

6. ความสามารถในการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .301, p=.000$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่ามีความสามารถในการทำหน้าที่สูงมีความเข้มแข็งทางใจสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Hardy et al. (2004) พบว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำกิจกรรมต่อเนื่องมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

7. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .456, p=.000$) เป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่า มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีระดับความเข้มแข็งทางใจสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Hardy et al. (2004) พบว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำกิจกรรมต่อเนื่องมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองมีคุณค่า มีความมั่นคงทางอารมณ์และมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนั้น การสนับสนุนทางสังคมยังมีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งทางใจในการแก้ปัญหาและความแข็งแกร่งทางอารมณ์ (Li, Theng, & Foo, 2015)

8. ความสิ้นหวังมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเข้มแข็งทางใจของ

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.510, p = .000$) เป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่า มีความสิ้นหวังสูงจะมีระดับความเข้มแข็งทางใจต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Uncapheret et al. (1998 อ้างใน นิษา สมานทรัพย์, 2554) พบว่าความสิ้นหวังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Beck, 1987) ที่กล่าวว่ากลไกการเกิดความสิ้นหวังเป็นกระบวนการทางความคิดของบุคคลที่มองตนเอง สิ่งแวดล้อม หรือประสบการณ์ และอนาคตในทางลบ ความสิ้นหวัง เป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chioqueta & Stiles (2007) ศึกษาในผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวัง

9. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.367, p = .000$) เป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่า มีภาวะซึมเศร้าสูงจะมีระดับความเข้มแข็งทางใจต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของ Hardy et al. (2004) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ ($r = -0.31, p < .001$) จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นของ Seok et. al. (2012) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเข้มแข็งทางใจเช่นกัน

สรุปผลการศึกษาพบว่า เพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัว

ต่อเนื่อง ไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ ความสิ้นหวัง และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางจิตเวชในการปฏิบัติการขั้นสูงจำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถในการนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้มาร่วมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสืบไป เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากโรคที่เผชิญอยู่

ข้อเสนอแนะ

1. ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจ เช่น ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นต้น
2. ศึกษาเปรียบเทียบระดับความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีโรคร่วมได้แก่ผู้ป่วยจิตสุราและสารเสพติด เป็นต้น
3. ศึกษาวิจัยการจัดทำโปรแกรมเกี่ยวกับการสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่าชี้แนะแนวทางให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ

เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่นและกำลังใจ ขอขอบพระคุณผู้ป่วยซึมเศร้าวัยสูงอายุ คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากการวิจัยนี้ขอบแต่ผู้ป่วยทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2551). *การสำรวจความชุกของโรคจิตเวชระดับชาติในปี พ.ศ. 2549*. กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข.
- จิราวรรณ อินคุ้ม. (2549). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุไทย*. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนนาค วรรณพรศิริ. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพจิตของพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2548). *สิ่งใดเกิดขึ้นแล้ว สิ่งนั้นดีเสมอ*. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: มติชน.
- นิยา สมานทรัพย์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(3), 57-70.
- นภา จิรัฐจินตนา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(3), 12-23.

บรรลु สิริพานิช. (2542). *ผู้สูงอายุไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สถาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.

ประคอง กรรณสูตร. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2556). *การสำรวจสถิติจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มโรค ระหว่าง พ.ศ. 2553 – 2556*. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี 2554*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

วิทยาลัยประชากรศาสตร์. (2554). “ปี 2554 ร่วมกันสร้างระบบดูแลผู้สูงอายุไทย”. 45 ปีวิทยาลัยประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลีอนุวัธวัชชัย และพีรพนธ์ ลีอนุวัธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder: DMS-IV-TR*. 4ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper Row.

Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, 35(9), 1241-1252.

- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ-a social support measure. *Nursing Research*, 30(5): 277-280.
- Cattell, H. (2000). Suicide in the elderly. *Advance in Psychiatric Treatment*, 6, 102-108.
- Chioqueta, A. P. & Stiles, T. C. (2007). Cognitive factors, engagement in sport, and suicide risk. *Archives of suicide research*, 11(4), 375-390.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes Associated with Poverty. *American Behavioral Scientist*, 34 (4), 416-430.
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *Journal Geriatric Psychiatry*, 27, 262-270.
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics society*, 52(2), 257-262.
- Haley, S. M., Jette, A. M., Coster, W. J., Kooyoomjian, J. T., Levenson, S., Heeren, T., & Ashba, J. (2002). Late Life Function and Disability Instrument: II. Development and evaluation of the function component. *Journal Gerontology*, 57(4), M217-222.
- Heisel, M. J. (2006). Suicide and its prevention among older adults. *Canada Journal of Psychiatry*, 3, 143-151.
- Hjemdal, O., Aune, T., Reinfjell, T., Stiles, T. C., & Friborg, O. (2007). Resilience predicting psychiatric symptom: A prospective study of protective factors and their Role in Adjustment to stressful Life Event. *Clinical of Psychological Psychotherapy*, 13, 194-201.
- Li, J., Theng, Y.-L., & Foo, S. (2015). Does psychological resilience mediate the impact of social support on geriatric depression? An exploratory study among Chinese older adults in Singapore. *Asian Journal of Psychiatry*, 14, 22-27.
- Mehta, M., Whyte, E., Lenze, E., Hardy, S., Roumani, Y., Subahan, P., Huang, W., & Studenski, S. (2008). Depressive symptoms in late life: associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 238-243.
- Seok, J. H., Lee, K. U. Kim, W., Lee, S. H., Kang, E. H., Ham, B. J., Yang, J. C., Chae, J. H. (2012). Impact of early-life stress and resilience on patients with major depressive disorder. *Yonsei Medicine Journal*, 53(6), 1093-1098.

- Shen, K. & Zeng, Y. (2010). The association between resilience and survival among Chinese elderly. *Demographic Research*, 23, 105-115.
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlation procedures for research*. New York: Gardner Press.
- Wagnaild, G.M., & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Weyerer, S., Eifflaender-Gorfer, S., Kohler, L., Jessen, F., Maier, W. Fuchs, A., Bickel, H. (2008). Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *Journal of Affective Disorder*, 111, 153–163.
- World Health Organization (WHO). (2004). *Schedule for clinical assessment on neuropsychiatry and disability adjusted life years*. Retrieved April 4, 2011. from: <http://www.who.int>.