

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม



บุษราคัม จิตอารีย์

Christian University of Thailand

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

วันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2555

นางบุษราคัม จิตอารีย์
ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์เพ็ญจันทร์ ส. โมโนยพงศ์
ค.บ. (พยาบาลศึกษา)
ค.ม. (บริหารการพยาบาล)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Christian University of Thailand

อาจารย์ ดร.สุพัฒนา คำสอน
วท.บ.(พยาบาล),
วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์),
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ จรรยา เลียงเสนาะ
วท.บ.(พยาบาลสาธารณสุข) เกียรตินิยม, M.P.H
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้
วท.บ.(พยาบาลและผดุงครรภ์),
วท.ม.(พยาบาลศาสตร์),
Ph.D.(Health Science)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิญชีระนันท์
วท.บ.(พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.
ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม

.....

นางบุษราคัม จิตอารีย์

ผู้วิจัย



.....

อาจารย์ ดร.สุพัฒนา คำสอน

วท.บ.(พยาบาล),

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์),

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

Christian University of Thailand

.....

อาจารย์ พันเอกหญิง ดร.นงพิมล นิมิตรอนันท์

พย.บ.,วท.ม.(พยาบาลศาสตร์),

ส.ค.(การพยาบาลสาธารณสุข)

กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

วท.บ.(พยาบาลและผดุงครรภ์),

วท.ม.(พยาบาลศาสตร์),

Ph.D. (Health Science)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

.....

รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิญาธีระนันท์

วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาจาก อาจารย์ ดร.สุพัฒนา คำสอน และอาจารย์ พันเอกหญิง ดร.นงพิมล นิมิตรอนันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งกรุณาให้ความรู้ คำแนะนำและแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนเสร็จสมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์เพ็ญจันทร์ ศ. โมไนยพงศ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์จรรยา เสียงเสนาะ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาตรวจสอบวิทยานิพนธ์และให้คำแนะนำเป็นอย่างดีตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ ดร.จันทร์เพ็ญ นิลวัชรมณี อาจารย์เบญจวรรณ สามสาตี อาจารย์ นิตยา ถนอมศักดิ์ศรี และอาจารย์วราภรณ์ บุญประเสริฐ ได้กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาในแนวคำถามที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ต่างๆ ในระหว่างการเรียนที่ก่อให้เกิดปัญญา พร้อมทั้งให้คำแนะนำและกำลังใจตลอดมา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของมหาวิทยาลัยคริสเตียนทุกท่านที่อำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาในการศึกษาที่สถาบันการศึกษาแห่งนี้

ขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพุทธมณฑล ที่ให้โอกาสผู้วิจัยในการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาและยืดหยุ่นเวลาในการปฏิบัติงาน ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้สูงอายุตำบลคลองโยงทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือเสียสละเวลาแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และขอบคุณสามีและบุตรที่สนับสนุนทุนการศึกษาและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ขอขอบคุณเพื่อนๆ ร่วมรุ่นทุกคนที่คอยห่วงใยช่วยเหลือและให้กำลังใจด้วยดีเสมอ คุณความดีและคุณประโยชน์ทั้งหลายที่เกิดจากการศึกษา งานวิจัยครั้งนี้ ขอมอบให้แด่บุพการี คณาจารย์ เพื่อนๆ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน

532026 : สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คำสำคัญ : ความซึมเศร้า / ผู้สูงอายุ

บุรฉกรัฒ จิตอารีย์ : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัด นครปฐม(The Factors Influencing Depression Amongst the Elderly at a Community in Nakhon Pathom Province) คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: อาจารย์ ดร.สุพัฒนา คำสอน, Ph.D., อาจารย์ พันเอกหญิง ดร.นงพิมล นิมิตรอนันต์, ศ.ด., 98 หน้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิต ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม โดยใช้แนวคิดภาวะซึมเศร้าของเบ็คและคณะ (Beck et al., 1979) และแนวคิด ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 1991) มาประยุกต์ใช้ ในการสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนคลองโยง จังหวัดนครปฐม จำนวน 210 ราย ใช้วิธีการสุ่ม อย่างมีระบบ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์- เมษายน 2555 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรง โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาช มีค่าระหว่าง 0.78-0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประประสิทธิ์ Eta สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า อายุ เพศ สถานภาพสมรส ไม่ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 31.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($R^2=0.319$, $p<0.001$)

ผู้วิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พัฒนาโครงการลดโอกาสเสี่ยงโดยเน้นการ เสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม

532026 : MAJOR: Community Nurse Practitioner; M.N.S (Community Nurse Practitioner)

KEYWORDS : DEPRESSION / ELDERLY

Bussarakam Jitaree : The Factors Influencing Depression Amongst the Elderly at a Community in Nakhon Pathom Province Thesis Advisors: Dr. Supatana Chomson, Ph.D., Col. Dr. Nongpimol Nimit-arnun, Dr.P.H., 98 pages.

Depression, is a common psychological health problem which often occurs in the elderly. The objectives of this descriptive research is to study the factors influencing depression amongst the elderly at a community in Nakhon Pathom Province. The depression concept of Beck and colleque (1979) and Roy's adaptive theory (Roy,1991). Were applied as a conceptual framework in this research. The samples for consisted of 210 elders who lived in Klong Yong community Nakhon Pathom Province. and were selected by Systematic random sampling. Data were collected from Febuary to April 2012. The questionnaires consisted of a personal data from, perceived severity off illness, activities of daily living ability, family relationship and depression. The questionnaires were validated by five experts, and the reliability were 0.78-0.96 by using Cronbach 's alpha coefficient. Data were analyzed by using descriptive statistics, Eta coefficient, Peason's product morment correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The result revealed that most of the samples had no depression status. Age, gender, marietal status had no statistically relationship with depression. Perceived severity of illness, activities of daily living ability, family relationship had statistically relationship with depression. Inaddition, perceived severity of illness, activities of daily life ability, and family relationship could concurrently predict depression amongst the elderly at community in Nakhon Pathom Province. at 31.90 percent at statistically significant level of 0.01 ($R^2=.319$, $p<.001$)

The researcher suggests that community nurse practitioners, should develop the risk reduction projects to appropriately promote the perceived severity of illness family relationship, activities of daily life ability , in order to prevent depression amongst the elderly.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามของการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
นิยามตัวแปร.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	10
ทฤษฎีการปรับตัวของรอย	16
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	20
บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพจิต.....	31
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	34
ลักษณะของสถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	34
ประชากรกลุ่มตัวอย่าง.....	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	37
การหาคุณภาพขอเครื่องมือ	40
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	42
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	43

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	44
บทที่ 5 อภิปรายผล.....	52
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	61
สรุปผลการวิจัย.....	62
ข้อเสนอแนะ.....	63
บรรณานุกรม	65
ภาคผนวก	75
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	76
ข เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	78
ค คำชี้แจงพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	81
ง เครื่องมือที่ใช้.....	90
ประวัติผู้วิจัย	98

Christian University of Thailand

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป.....	45
2	จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การรับรู้ความรุนแรงของ ความเจ็บป่วย	47
3	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับสัมพันธภาพในครอบครัว	47
4	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กิจวัตรประจำวัน.....	48
5	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความซึมเศร้า	48
6	ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	49
7	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การรับรู้ความรุนแรงของ ความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพใน ครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	49
8	อำนาจการทำนายของ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การรับรู้ความรุนแรงของ ความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพใน ครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	50

สารบัญภาพประกอบ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
2	แบบแสดงการปรับตัวของบุคคล.....	20
3	แบบแสดงขั้นตอนการสุมกลุ่มตัวอย่าง.....	37



Christian University of Thailand

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการกระจายบริการด้านสาธารณสุข ทำให้ประชากร ได้รับบริการที่ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มขึ้น จำนวนประชากรสูงอายุจึงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2548: 6) จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2552: 9) พบว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 26.2 ล้านคนในปี 2523 เป็น 66.5 ล้านคนในปี 2551 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 70 ล้านคนในปี 2573 เมื่อพิจารณาสัดส่วนประชากรสูงอายุต่อประชากรรวม พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น กล่าวคือ ในปี 2533 มีสัดส่วนประชากรสูงอายุต่อประชากรรวมเท่ากับ 1: 13 เพิ่มเป็น 1: 8 ในปี 2553 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 1: 3 ในปี 2573

ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งด้านร่างกาย และทางด้านสังคม ทางด้านร่างกาย เนื่องด้วยความสูงวัย เป็นช่วงของการพัฒนาการในทางเสื่อมถอยทั้งด้าน โครงสร้าง และการทำหน้าที่ของอวัยวะทุกระบบ ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติลดลงพร้อมกับสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเองมากขึ้นทำให้ร่างกายอ่อนแอเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสจะเกิดปัญหาสุขภาพได้ง่าย และรุนแรงกว่ากลุ่มอายุอื่น ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 40 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรคและยังมีอายุสูงขึ้นอัตราการเกิดโรคมักจะสูงกว่าหนึ่งโรคจะสูงมากขึ้นตามลำดับ (ปริยาพร จันทรโอทาน และคณะ, 2541: 57) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพของประชากรไทย ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 87 มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค (เขวลักษณ์ ปรปักษ์ขามและพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ (บรรณาธิการ), 2549: 198) กลุ่มโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวที่พบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ โรคระบบกล้ามเนื้อ

เส้นเอ็น กระดูกและข้อซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย สำหรับทางด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุจากการที่เคยมีบทบาทเป็นผู้รับผิดชอบหาเลี้ยงครอบครัว เป็นผู้นำในการตัดสินใจภายในครอบครัว ต้องลดบทบาทมาเป็นผู้ที่พึ่งพาครอบครัว บทบาทในการช่วยเหลือกิจการภายในครอบครัวลดลง ต้องสูญเสียอำนาจในการตัดสินใจ สมาชิกในครอบครัวไม่เห็นคุณค่าและความสำคัญ ไม่ให้ความสำคัญกับผู้อยู่สูงอายุเท่าที่ควร (ชลลดา ภักดีปราพฤทธิ, 2542: 33) กอปรกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่มีระบบการแข่งขันสูง สมาชิกที่เป็นกำลังสำคัญของครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้จำนวนผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวลดลง มีเวลาให้ผู้สูงอายุน้อยลง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวลดลง ขาดการให้ความรักและความอบอุ่น ผู้สูงอายุจึงถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยว ดำเนินชีวิตตามลำพัง (มะลิ สุกกลาง, 2547: 1)

การเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความสูงวัยดังกล่าวนับเป็นสิ่งเร้าที่มาจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในบุคคล และภายนอกบุคคล (Roy and Roberts, 1981: 55) ที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัว ถ้าสิ่งเร้าดังกล่าวอยู่ในขอบเขตที่ผู้สูงอายุสามารถที่จะตอบสนองในทางบวกได้ ผู้สูงอายุจะมีการแสดงพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีแต่หากผู้สูงอายุรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นมีความรุนแรง คุกคามต่อตนเองสูง มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทางลบไม่สามารถปรับตัวได้ ผู้สูงอายุจะแสดงพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสมอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ อาจกล่าวได้ว่าบุคคลที่มีความยืดหยุ่น มีความสามารถในการปรับตัว หรือมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม จะช่วยบรรเทาภาวะซึมเศร้าที่ไม่ให้รุนแรงและสามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ ส่วนบุคคลที่มีแนวโน้มมองโลกว่าลำบาก เต็มไปด้วยอุปสรรค อาจมีความยืดหยุ่นได้น้อยกว่า และมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง (Coleman, Butcher, Carson, 1980)

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์ที่แสดงออกโดยมีอารมณ์เศร้า ว่าเหว่ สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มักตำหนิตัดเยียนตนเอง ร่วมกับมีอาการทางกาย เช่น พุดน้อย น้อยชาลง (Sadock, 2000) ซึ่งอาจเป็นประสพการณ์ความสูญเสีย ความผิดหวังในชีวิตจากสิ่งที่ตั้งใจไว้ (กรมสุขภาพจิต, 2544) จากข้อมูลสถิติ ของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขพบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในสถานบริการสังกัดกรมสุขภาพจิตใน พ.ศ.2544 เป็นจำนวน 94.90 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน และเพิ่มขึ้นเป็น 168.28 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนใน พ.ศ.2545 (กรมสุขภาพจิต, 2546) การสำรวจความชุกของโรคจิตเวชระดับชาติใน พ.ศ.2546 พบว่า 1 ใน 5 ของคนไทยกำลังเผชิญกับโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะโรคซึมเศร้า มีคนไทยถึง 1.8 ล้านคน มีอาการของโรคซึมเศร้า (ชินอุทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2550: 14) จากการสำรวจซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยพบว่ามีอัตราความชุกร้อยละ 12.78 โดยปัจจัยสาเหตุมาจากปัญหาสุขภาพ ปัญหาด้านสัมพันธภาพใน

ครอบครัว และปัญหาด้านเศรษฐกิจ (Thongtang, 2002: 540) และจากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ปัจจัยอันเนื่องมาจากความสูงวัย ที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้แก่ อายุ (กนกรัตน์ สุขตุ่งคะ และคณะ, 2542: 232-243; Blazer, Burchett, Service, and George, 1991) รายได้ (Blazer et al, 1991) สถานภาพสมรส (Koenig, Meader, Cohen, and Blazer, 1998) การเจ็บป่วยทางกาย (สรวิติ สังข์ศรี, พิมพาภรณ์ สังข์ศรี, และสุวรรณณี เรืองเดช, 2540) ยาที่ได้รับ (Koenig et al., 1988) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543: 23; Alexopoulos et al., 1996: 878; Dunham and Sager, 1994: 676; Oxman and Hull, 1997: 1-14) ความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Koenig et al., 1998: 29; Parmlee, Kate, and Lawton, 1991: 15-21) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (Kennedy, Kelman, and Thomas, 1991) แรงสนับสนุนทางสังคม (Dean, Kolody, and Wood, 1990: 148-161) และการประสบกับเหตุการณ์ที่รุนแรงของชีวิต (Murphy, 1982: 142)

จังหวัดนครปฐม เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีแนวโน้มประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัวเช่นกัน กล่าวคือ ใน พ.ศ. 2546 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 778,040 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน 78,706 คน คิดเป็นร้อยละ 10.1 ของประชากรทั้งหมด และใน พ.ศ. 2550 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 821,127 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน 89,468 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นับว่าเป็นกลุ่มประชากรที่ควรได้รับการส่งเสริมให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม สอดคล้องกับนโยบายและมาตรการของแผนระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ ที่ใช้เป็นแผนแม่บทสำหรับการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ใช้ความสามารถ ศักยภาพที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม พร้อมทั้งให้บริการด้านการดูแลและสวัสดิการต่างๆที่จะเอื้อให้ผู้สูงอายุได้ดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพและมีความสุขสมวัย (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี, 2545) จากสถิติสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม 3 ปีซ้อนหลัง ปี พ.ศ. 2551-2553 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 523, 595 และ 723 คนตามลำดับ แสดงว่าประชาชนในจังหวัดนครปฐมมีแนวโน้มปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2553)

ชุมชนคลองโยงเป็นหมู่บ้านหนึ่งที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองโยง โดยมีประชากรรับผิดชอบ 3,909 คน จากรายงานสรุปผลงานประจำปี พ.ศ. 2553 พบว่าประชากรผู้สูงอายุ มีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 395 คน และพบว่าในปี พ.ศ. 2553 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.40 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด และในปีงบประมาณ

2554 เพิ่มขึ้นจำนวน 414 คน ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นจึงนับว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญในการจัดบริการเฉพาะกรณี

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะความซึมเศร้า และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนคลองโยง เพื่อนำผลการวิจัยนี้มาใช้เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และประเทศต่อไป

คำถามการวิจัย

อายุ เพศ สถานภาพสมรส การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในชุมชน จังหวัดนครปฐม หรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศและสถานภาพสมรส กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม
4. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม

สมมติฐานในการวิจัย

1. อายุ เพศ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

3. อายุ เพศ สถานภาพสมรส การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ Roy Adaptation Model (Roy and Andrews 1991: 7-11) และ Beck's Cognitive Theory of Depression (1979: 10-11) และการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งทางตรงและทางอ้อม (Roy and Andrews 1991: 7-11) กล่าวว่า บุคคลเป็นระบบการปรับตัวระบบหนึ่ง สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปนี้จัดเป็นสิ่งที่นำเข้าสู่ระบบการปรับตัว ซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้บุคคลปรับตัว สิ่งเร้านี้แบ่งเป็น 3 ชนิด คือ สิ่งเร้าตรง ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่บุคคลกำลังเผชิญ และทำให้บุคคลต้องปรับตัว สิ่งเร้าร่วม ได้แก่ สิ่งเร้าอื่นๆที่ปรากฏร่วมอยู่ด้วยในสถานการณ์นั้นๆ และสิ่งเร้าแฝงเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ ทศนคติ เมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปหรือมีสิ่งเร้ามากระทบ บุคคลจะมีการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของระบบโดยใช้กลไกการควบคุม และกลไกการรับรู้เป็นพื้นฐานในการปรับตัว ผลจากการใช้กลไกทั้งสองจะทำให้บุคคลแสดงออกในพฤติกรรมปรับตัว 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้าน อัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกันและกัน ซึ่งผลของการปรับตัวจำแนกในการปรับตัว 2 ลักษณะ คือ ลักษณะพฤติกรรมที่เหมาะสม และลักษณะพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ถ้าสามารถปรับตัวได้ดีก็จะมีภาวะสุขภาพที่ดี แต่ถ้ามีปัญหา ก็จะนำมาซึ่งการเจ็บป่วย ดังนั้น ถ้าผู้สูงอายุมีการปรับตัวที่ดีก็จะทำให้มีภาวะสุขภาพทั้งกาย จิตใจ และสังคมดีตามไปด้วย ซึ่งกลไกการควบคุมเป็นตัวเชื่อมโยงการทำงาน และตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัว เป้าหมายสูงสุดของการดำรงชีวิตในสภาวะปกติสุข คือ สมดุล ซึ่งมนุษย์พยายามปรับรักษาภาวะเช่นนี้ไว้ ถ้าผลของการปรับตัวไม่สามารถก่อให้เกิดการตอบสนองในทางบวกได้ ก็จะปรากฏเป็นพฤติกรรมปรับตัวในทางลบ หรือล้มเหลว (Maladaptation Behavior) ซึ่งเบ็ค (Beck, 1979) เบ็ค (Beck, Kcenic, 1976; Beck et al., 1979: 10-11) ที่กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าหมายถึงความแปรปรวนทางด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลจากการประมวลเรื่องราวผ่านกระบวนการคิดจนเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต เมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤตในชีวิตการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นบุคคล

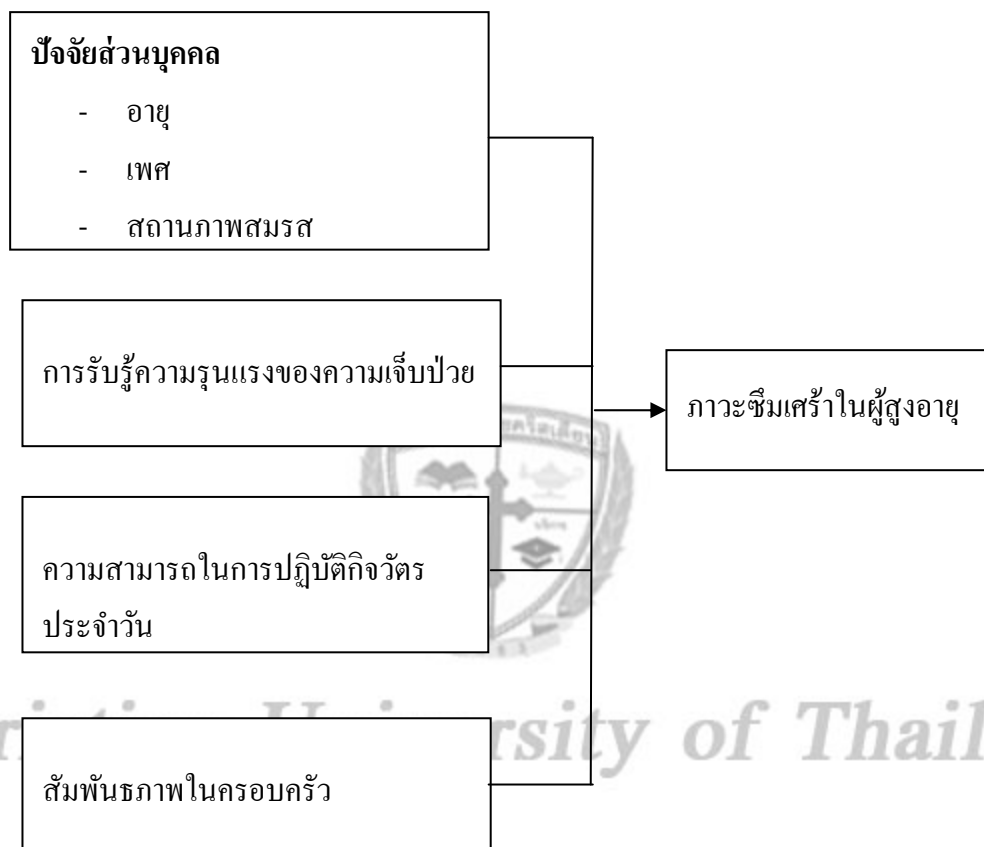
นั้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบและส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาภาวะซึมเศร้ายิ่งเพิ่มมากขึ้น เบ็ค (Beck, 2007) เชื่อว่าความคิดและความเชื่อของบุคคลสามารถสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ปกติ (Maladaptive) และพฤติกรรมที่ไม่ปกติจะถูกปรับเปลี่ยนไปตามความเชื่อ ทศนคติและความคิดของบุคคล

สรุปได้ว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความสูงอายุนี้จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพกายและจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อจิตใจผู้สูงอายุมากที่สุดคือความรู้สึกในคุณค่าตนเองลดลงซึ่งทำให้เกิดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องพยายามปรับตัวให้อยู่ในสภาวะสมดุลเพื่อให้สามารถควบคุมสภาพปัญหา หรือภาวะซึมเศร้าได้ ทำให้ไม่เกิดการเจ็บป่วยและคงความมีสุขภาพดี แต่ถ้การปรับตัวนั้นไม่สมดุล โอกาสการเจ็บป่วยย่อมเกิดขึ้นได้เสมอทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังแผนภูมิที่ 1



Christian University of Thailand

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยประยุกต์จาก Roy Adaptation Model (1991) และ Beck's Cognitive Theory of Depression (1979).

ขอบเขตในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายมีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลคลองโยง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านสุขภาพ และปัจจัยทางด้านสัมพันธภาพครอบครัวกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลคลองโยง อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2555

นิยามตัวแปร

การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย หมายถึง การแสดงออกในด้านความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้สูงอายุต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งความไม่สบายจากอาการเจ็บป่วย เจ็บป่วย โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของ บุษรา ราชรักษ์ (2549: 83)

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันตามความจำเป็นและความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำ สุขวิทยาส่วนบุคคล การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การใช้ห้องสุขา การเดิน การเคลื่อนย้าย การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การขึ้นลงบันได ในที่นี้ประเมินได้จากแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เซล ที่พัฒนามาจากดัชนีบาร์เซลของ มาโฮนี และบาร์เซล (Mahony and Barthel, 1965) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2537)

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการกระทำของบุคคลในครอบครัว ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสูงอายุที่บ้านของผู้ดูแลที่เป็นญาติของชะโลม วิเศษโกสิน (2552: 50) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของ รสสุคนธ์ เจืออุปถัมภ์ (2553: 87) และ ภรภัทร อิมโธฐ (2550: 54) ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของฟริดแมน (Friedman, 1986) และมอร์โรว์และวิลสัน (Morrow and Wilson, 1961: 501-510)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความแปรปรวนทางด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรม ที่มีผลจากการประมวลเรื่องราวผ่านกระบวนการคิดจนเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต เกิดอาการและการแสดงต่างๆ ได้แก่ จิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ท้อแท้หมดหวัง ไม่สนใจกิจกรรม นอนไม่หลับ น้ำหนักตัวลดหรือเพิ่ม ปวดท้อง ปวดศีรษะเป็นต้น ซึ่งสามารถประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory : BDI) (Beck as cited in Beck et al., 1979)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า



Christian University of Thailand

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าการทบทวนวรรณกรรม และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีกรอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
2. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย
3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
4. บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพจิต

Christian University of Thailand

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ราชกิจจานุเบกษา (2546) ผู้สูงอายุหมายความว่าบุคคล ซึ่งมีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

พรรณงาม พรรณเชษฐ์ (2545) ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้ที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามาก เป็นผู้ที่คุณแลครอบครัว สังคม สมควรจะได้รับ การยอมรับในคุณงามความดีต่างๆที่ทำมา คนรุ่นหลังในสังคมควรยกย่องให้เกียรติ

สุภาวดี พุฒิน้อย และคณะ (2547) ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายอารมณ์และจิตใจ

ศรีเรือน แก้วกังวาน (2540: 1-24) ผู้สูงอายุเป็นระยะสุดท้ายของชีวิต มีลักษณะพัฒนาการและการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ มิใช่การเจริญงอกงาม อาจเริ่มตั้งแต่อายุ 65 ปี เป็นต้นไป

วอลเลซ (Wallace, 1992) ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ ซึ่งถูกกำหนดโดยเวลาและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการทางชีวภาพในอวัยวะต่างๆ ของร่างกายรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคม

สรุปความหมายของผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

ในการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ พบว่ามีความแตกต่างกันในการให้ความหมายหรือนิยามของ “ผู้สูงอายุ” แต่มีการกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาได้ 4 ประเภท (กชกร สังขชาติ, 2538; สุรกุล เจนอบรม, 2534: 32-37; Ebersole and Hall, 1998) ดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะของอายุที่ปรากฏจริง (Chronological Aging) หมายถึง การมีอายุตามปฏิทิน โดยนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป และสามารถบอกได้ทันที ว่าใครมีอายุมากน้อยเพียงใด

2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Biological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น ผมขาว ผิวหนังเหี่ยวย่น ผิวหนังตกรกระดุกและข้อมีความเสื่อมลง สูญเสียการได้ยิน การมองเห็น และเซลล์ประสาท เป็นต้น

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological-Aging) หมายถึง ลักษณะการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ เช่น การเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ การรับรู้ ความจำ แนวคิด และลักษณะของบุคลิกภาพ

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะบทบาททางสังคม (Sociological Aging) หมายถึง การพิจารณาทางสังคม การเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระดับสังคม เช่น หัวหน้าครอบครัว หน่วยงานของราชการ และอื่นๆ รวมถึงความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลนั้นๆ ที่เกี่ยวกับอายุ การแสดงออกตามคุณค่าและความต้องการของสังคม

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุไทย หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ ด้านร่างกาย จิตใจ และหน้าที่ทางสังคม โดยแต่ละคนจะปรากฏอาการเสื่อมแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ภาวะโภชนาการ และโรคภัยของแต่ละบุคคล ทั้งผู้ที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ดูแล อุปการะจากคนในครอบครัวและสังคมเพื่อให้มีความสุข

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ กล่าวกันว่ากระบวนการความชราจะเริ่มตั้งแต่วัยทารกมารดา คือ ร่างกายจะเจริญเติบโตขึ้นเรื่อยๆ จนเมื่อเติบโตเต็มที่แล้ว การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจะเป็นไปในทางเสื่อมลงมากกว่าจะเสริมสร้าง ความชราเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ ซึ่ง

ไม่ใช่โรค แต่เป็นไปตามวัยและการปฏิบัติตนของแต่ละคน ความเจ็บป่วยก็มีผลทำให้กระบวนการชราเกิดขึ้นได้เร็วขึ้น ดังที่เรียกกันว่า “แก่เพราะโรคหรือแก่ก่อนวัย” ตรงกันข้ามคนที่ดูแลสุขภาพและรับประทานอาหารเหมาะสมตลอดเวลา จะลดปัญหาการเจ็บป่วยและชะลอความแก่ไว้ได้นาน และไม่มีโรคภัยมาเบียดเบียน ตามธรรมชาติคนเราเมื่อแก่ตัวลงจะมีผลทำให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ทำงานด้อยลงคือ ประสาทที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการมองเห็น การรับรส กลิ่น เสียง และสัมผัสด้อยลงเมื่อเปรียบเทียบกับคนหนุ่มสาว ทำให้ความอยากอาหารในวัยสูงอายุลดลงด้วย

ความสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติอย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไปตามเวลาผ่านไปการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุจะมีอัตราการเสื่อมโทรมของร่างกาย ซึ่งวันเพ็ญวงศ์จันทรา (2539) ได้กล่าวว่า สภาพปัญหาของผู้สูงอายุสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลง 3 ประการคือการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ และทางด้านสังคมวัฒนธรรม ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งจำแนกตามระบบของร่างกายดังนี้

1.1 ระบบประสาทและประสาทสัมผัส เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ ขนาดของสมองลดลง การทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลงเป็นเหตุให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง ความคิดเห็นและการเคลื่อนไหวช้า ความจำเสื่อม ความกระตือรือร้นลดลง นอนหลับง่ายและตื่นง่าย สายตายาวขึ้น การได้ยินลดลง มีอาการหูตึง การรับกลิ่น ไม่ดี การรับรสไม่ดี เนื่องจากต่อมรับรสลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเบื่ออาหาร

1.2 ระบบไหลเวียนโลหิตหลอดเลือดและปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงและกำลังหดตัวของกล้ามเนื้อ ที่ช่วยในการหายใจเข้าออกลดลง เยื่อหุ้มปอดแข็งและทึบทำให้ปอดยึดและขยายตัวได้น้อย ถุงลมปอดมีจำนวนน้อยลง ผนังถุงลมแตกง่าย เนื่องจากเส้นใยคอลลาเจน ที่หุ้มถุงลมลดลง ทำให้เกิดอาการสำลักและเกิดโรคปอดบวมได้

1.3 ระบบทางเดินอาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ฟันจะหัก ต่อม น้ำลายขับน้ำลายออกมาน้อยทำให้ปากแห้ง การผลิตน้ำย่อยน้อยลง การเคลื่อนตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ช้าลงทำให้ท้องอืด อาหารไม่ย่อย นอกจากนี้การดูดซึมอาหารไปสู่เซลล์ต่างๆ ทำให้น้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดอาหารได้ง่าย

1.4 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ เกิดการเสื่อมหน้าที่ ทำให้ไตขับถ่ายของเสียได้น้อยลง ถ่ายปัสสาวะบ่อยเนื่องจากกระเพาะปัสสาวะมีความจุลดลง ผู้สูงอายุบางรายอาจปัสสาวะขัด โดยเฉพาะผู้สูงอายุชายจากต่อมลูกหมากโต ส่วนในเพศหญิงอาจมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพราะกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน เนื่องจากการคลอดบุตรมาหลายคน

1.5 ระบบผิวหนัง เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลงทำให้ผิวหนังบางลงเซลล์ที่เหลือเจริญช้า ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดีเนื่องจากมีเส้นใยอีลาสตินลดลง น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง

ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดีเนื่องจากมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย การทำงานของต่อมเหงื่อลดลง ต่อมาไขมันทำงานลดลงจึงทำให้ผิวหนังแห้ง คันและแตกง่าย ผมและขนทั่วไปมีสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว

1.6 ระบบต่อมไร้ท่อที่มีการผลิตฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อลดลง ตัพอ่อนผลิตอินซูลินได้น้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าวัยอื่น

สรุป นอกจากการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ แล้ว ผู้สูงอายุยังมีลักษณะเฉพาะที่เกิดขึ้นนอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงปกติ ได้แก่ เมื่อเจ็บป่วยจะมีพยาธิสภาพ ที่ผิดปกติหลายอย่างและไม่มีลักษณะที่เฉพาะ โรคมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมอย่างรวดเร็วถ้าไม่มีการรักษามีโรคแทรกซ้อนในระหว่างการทำการรักษาสูงและต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ (WHO Committee, 1989) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องกับทฤษฎีที่เกี่ยวกับความสูงอายุด้านชีววิทยา ได้แก่ทฤษฎีระบบภูมิคุ้มกัน (Immunological theory) ที่กล่าวว่าเมื่ออายุมากขึ้นร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติได้น้อยลง พร้อมกับสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น ทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคได้ไม่ดี เจ็บป่วยง่ายและภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเอง จะไปทำลายเซลล์ต่างๆ ของร่างกายทำให้เจ็บป่วยได้ง่ายและรุนแรง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

ในผู้สูงอายุพบว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและทางสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายมีผลต่อสภาพจิตใจผู้สูงอายุและจะเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อผู้อื่น รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่างๆ ซึ่ง นันทิกา ทวิชาติ และคณะ (2533: 196) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเปรียบในเขตกรุงเทพฯ และจังหวัดอุทัยธานี พบว่าปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่พบเหมือนกัน คือ ความไม่พอใจต่อสุขภาพปัญหา ทั้งทางร่างกายและจิตใจทั้งการเจ็บป่วย และการเปลี่ยนแปลงตามอายุการปรับตัว ที่บกพร่องต่อการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ นิสัยใจคอและอารมณ์ การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การหยุดจากงานที่ทำอยู่เป็นประจำซึ่งมีอิทธิพลต่อ การเปลี่ยนแปลงทางจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการรับรู้ โดยทั่วไปผู้สูงอายุมักยึดมั่นกับความคิด และเหตุผลของตนเอง การรับรู้สิ่งใหม่ๆ เป็นไปได้ยาก การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เป็นกลไกที่เกี่ยวข้องกับ การตอบสนองความต้องการ ของจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม ผู้สูงอายุมักจะท้อแท้ น้อยใจ รู้สึกว่าสังคมไม่ได้ให้ความสำคัญกับตนเอง มีความสนใจในสิ่งแวดล้อมลดลง มีความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความหวาดระแวงซึ่งมีสาเหตุจากความเสื่อม ของประสาทรับรู้และสูญเสียสิ่งต่างๆ และผู้สูงอายุมีความโศกเศร้าจากภาวะสูญเสีย 1 ใน 3 จะมีชีวิตอยู่ตามลำพัง (Burnside, 1994; Clough, n.d. cited in Burnside, 1994: 55-61)

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ของผู้สูงอายุ เช่น การสูญเสียบทบาททางสังคม การเป็นผู้นำ การต้องออกจากหน้าที่การงาน รายได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง วิธีการดำเนินชีวิตใหม่ที่ใช้เวลาในการเตรียมตัวและปรับตัว การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ความเครียดทางสังคม ปฏิกริยาของสังคมมีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุดังนี้

การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคม เดิมผู้สูงอายุมีฐานะเป็นผู้นำ ให้ความรู้ ถ่ายทอดวิชาการ ได้รับการยอมรับนับถือ เมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงเป็นลักษณะสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้นจะไม่มีบทบาทเหมือนสังคมเกษตรกรรม ทำให้ผู้สูงอายุขาดการยอมรับจากสังคมและบุตรหลาน ก่อให้เกิดความหว้าหวายได้

ความคับข้องใจทางสังคม ซึ่งเกิดจากการปลดเกษียณ ต้องหยุดรับผิดชอบงานต่างๆ มีผลกระทบต่อจิตใจผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เพราะการเป็นผู้สูงอายุไม่ได้หมายความว่า เป็นผู้หมดสภาพในการทำงานแต่สังคมกำหนดให้เป็นเช่นนั้น

สรุป การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุนี้ ทำให้ผู้สูงอายุบางคน มีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผู้สูงอายุบางคนมี ชีวิตที่เรียบง่าย สันโดษ บางครั้งมีกิจกรรมมากขึ้นจากการมีเวลาว่างมากขึ้น และยังคงการทำงาน เพื่อให้ตนเองมีค่า ผู้สูงอายุที่ปกติส่วนใหญ่จะยังคงไว้ ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ที่เคยกระทำในอดีต ตามสถานะสังคมและเศรษฐกิจจะอำนวยเพื่อคงไว้ ซึ่งกิจกรรมด้านร่างกาย จิตใจและสังคม จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มี การเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอย มีปัญหาเกิดขึ้นหลายๆ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม การที่ผู้สูงอายุจะสามารถรักษาสมดุลของชีวิต และการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ นั้นย่อมเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยภายนอก ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม การรับรู้ และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อมซึ่งประกอบไปด้วยครอบครัว ชุมชน นโยบายรัฐ แหล่งบริการต่างๆ ซึ่งเป็นแหล่งที่จะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ ได้รับการตอบสนองความต้องการในชีวิต ซึ่งจะทำให้ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดี อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพชีวิตที่ดีในที่สุด (สุนันทา คุ่มเพชร, 2545:20)

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เป็นทฤษฎีที่พยายามจะอธิบายปรากฏการณ์การชรามีมากมาย หากพิจารณาการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุ คือการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ สังคมและวัฒนธรรมแล้ว สามารถสรุปทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุแบ่งได้ 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ (Ebersole & Hess, 1981 อ้างถึงใน เพ็ญศรี หลินสุวนนท์, 2543: 17-21)

1. ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological theory of aging) ทฤษฎีนี้อธิบายถึงกระบวนการทางสรีรวิทยา และการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของอวัยวะต่างๆ ตั้งแต่เกิดจนถึงเสียชีวิต ว่ามนุษย์ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบใหญ่ๆ คือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตัวเองตลอดชีวิต เซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวได้และองค์ประกอบอื่นๆ ที่ไม่ใช่เซลล์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย ได้แก่ การเสื่อมของอวัยวะและระบบภายในร่างกาย เช่น หัวใจ ระบบประสาทและระบบย่อยอาหารการทำงานของอวัยวะภายในร่างกายจะเกิดความเสื่อมลงในทุกส่วน อาทิ ผิวหนัง เหี่ยวยุบ ระบบกล้ามเนื้อ โครงสร้าง กระดูกเสื่อมลง ทำให้ความแข็งแรงและประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ผลของการเสื่อมของระบบในร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคได้ง่าย จากการสำรวจภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ พบว่า โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคตาและตาบอด อุบัติเหตุ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อ โดยเฉพาะข้อเข่าซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา

2. ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคม (Sociological theory of aging) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทางสังคมที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ (สุรกุล เจนอบรม, 2543: 21) สังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ก็จะทำให้สถานภาพของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตามไปด้วย เป็นทฤษฎีที่วิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานะทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุเปลี่ยนบทบาทจากผู้หาเลี้ยงครอบครัว ผู้เคยมีหน้าที่ ที่สำคัญต้องลดบทบาทเป็นผู้พึ่งพาครอบครัว สูญเสียอำนาจการตัดสินใจ การถูกทอดทิ้งจากบุตรหลานให้อยู่ตามลำพัง และการขาดการยอมรับของครอบครัว บุตรหลานไม่เห็นคุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุ

3. ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychological theory of aging) ความสนใจถึงพฤติกรรมของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไปตามอายุเป็นการปรับตัวที่หลากหลายเพื่อช่วยในการเผชิญหน้า หรือยอมรับปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุเกิดจากผลกระทบจากความเสื่อมทางกายภาพ ความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง เช่น การสูญเสียคู่ครอง การแยกครอบครัวของบุตรตลอดจนการยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น การไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานอย่างเพียงพอ และความรู้สึกประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว ในชีวิตก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุหากมีความรู้สึกล้มเหลว จะนำไปสู่ความท้อแท้และลงโทษตนเองที่ตัดสินใจ ผิดอาจจะนำไปสู่วัยชราที่สิ้นหวังในชีวิตได้

ในการศึกษาครั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสาเหตุของความซึมเศร้า พบว่า ทฤษฎีที่อธิบายภาวะซึมเศร้ามี 3 ทฤษฎีนี้ สามารถนำมาประยุกต์อธิบายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ ดังนี้ ทฤษฎีทางชีววิทยายอธิบายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมถอย ส่งผลให้มีสุขภาพกายไม่

แข็งแรงไปด้วย และเป็นที่ยอมรับกันคืออยู่แล้วว่า กายและจิตสัมพันธ์กัน เมื่อกายไม่แข็งแรงย่อมจะทำให้สุขภาพจิตไม่ดีตามไปด้วย ทฤษฎีทางจิตวิทยาอธิบายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ว่า บุคคลที่มีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดีก็จะเป็นผู้ที่มีสภาพการดำเนินชีวิตที่เป็นสุข ส่งผลให้มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ ส่วนทฤษฎีทางสังคมวิทยาอธิบายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ดังนี้ ผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคม หรือสามารถดำรงบทบาทต่างๆ ของตนในอดีตไว้ได้จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง หรือเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคม หรือบทบาทต่างๆ ของตนในอดีตไว้ได้

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

รอย (Andrews & Roy, 1991: 7-11) ได้เริ่มสร้างทฤษฎีการปรับตัวใน ค.ศ. 1964 โดยพัฒนาแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีระบบ ทฤษฎีการปรับตัวของ เฮลตันปรัชญาที่ว่าด้วยคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ทฤษฎีความเครียด และทฤษฎีบทบาท รอยได้นำแนวคิดของทฤษฎีพื้นฐานดังกล่าวมาประยุกต์เพื่อเป็นแนวทางไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล และได้เริ่มนำทฤษฎีมาทดลองใช้ทั้งทางด้านการวิจัย การปฏิบัติการพยาบาลและจัดหลักสูตร ในปี ค.ศ. 1968 หลังจากนั้น ได้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้มีความชัดเจน จนปัจจุบันเป็นที่รู้จักและนำมาใช้อย่างแพร่หลาย

ตามทฤษฎีการปรับตัวของรายนั้นเชื่อว่า บุคคลประกอบด้วย-จิต-สังคมเป็น หน่วยเดียว ไม่อาจแบ่งแยกได้ กล่าวคือ ธรรมชาติของบุคคลประกอบด้วย องค์ประกอบ องค์ประกอบด้านชีววิทยา เช่น รูปร่างทางกายภาพ และสังคมรวมกันเป็นระบบชีวิตจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงทำให้บุคคลต้องปรับตัว เพื่อสนองตอบต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (Roy, 1989: 166)

ดังนั้น บุคคลจึงเป็นระบบของการปรับ ซึ่งรอยประยุกต์ทฤษฎีระบบ อธิบายระบบบุคคลว่าประกอบด้วย สิ่งนำเข้า (Input) สิ่งนำออก (Output) กระบวนการควบคุม (Control Process) และกระบวนการป้อนกลับ (Feedback Process) โดยมีรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบ

สิ่งนำเข้า (Input) รอยถือว่าบุคคลเป็นระบบเปิด ซึ่งอยู่ภายในอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายใน คือ สิ่งเร้า และระดับการปรับตัว

1. สิ่งเร้า (Stimuli) หมายถึง สิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัว สิ่งเร้านี้อาจเป็นสิ่งเร้าภายในหรือภายนอก สิ่งเร้าภายในจะมาจากสิ่งแวดล้อม ที่อยู่ภายในบุคคล ส่วนสิ่งเร้าภายนอกมา

จากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบบุคคล โดยสิ่งเร้าอาจจะเป็นทางด้านกายภาพ สรีรภาพ จิตสังคม หรือหลายอย่างร่วมกัน (Roy and Roberts, 1981 : 55) แบ่งสิ่งเร้าออกเป็น 3 ชนิดคือ

1.1 สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้นสิ่งเร้านี้เปรียบเสมือนระดับของการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมกรรมการปรับตัว เช่น ความเสื่อมถอยของร่างกายในผู้สูงอายุ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความเจ็บป่วย เป็นต้น

1.2 สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) หมายถึง เร้าอื่นๆ ที่ปรากฏอยู่ในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้นๆ และมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคลด้วย เช่นกัน โดยอาจมีผลในทางบวกหรือทางลบต่อการปรับตัวสิ่งเร้าร่วม ได้แก่ พันธุกรรม เพศ อายุ ระยะต่างๆ ของพัฒนาการ ความเครียดทางร่างกายและอารมณ์แบบแผนการดำเนินชีวิตแบบแผนการ มีปฏิสัมพันธ์ในสังคม การสนับสนุนทางสังคม และการถูกแยกจากครอบครัว เป็นต้น

1.3 สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) หมายถึง เป็นปัจจัยที่อาจจะไม่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคล กล่าวคือ ผลกระทบของสิ่งเร้าแฝง ต่อการปรับตัวของบุคคลนั้น ไม่ชัดเจนตรวจสอบได้ยาก หรือตรวจสอบไม่ได้ สิ่งเร้าแฝงจะเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีต ความเชื่อทัศนคติ อุปนิสัย สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการปรับตัว ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และเป็นไปอย่างรวดเร็วเช่นกัน

2. ระดับการปรับตัว (Adaptation level) หมายถึง ระดับ หรือขอบเขตที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลที่จะตอบสนองในทางบวกหรือปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งความสามารถของบุคคลที่จะตอบสนองในทางบวกนี้ขึ้นอยู่กับผลกระทบของสิ่งเร้าทั้ง 3 ชนิดที่มีอยู่ในขณะนั้น ถ้าสิ่งเร้าอยู่ในขอบเขตบุคคลสามารถปรับตัวได้ แต่ถ้าสิ่งเร้านั้นอยู่นอกขอบเขตบุคคลจะไม่สามารถปรับตัวได้ หรือมีปัญหาการปรับตัว ระดับการปรับตัวของบุคคลมีขอบเขตจำกัดไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับความแข็งแกร่งของข้อจำกัดของแต่ละบุคคล

พฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่สามารถปรับตัวที่สามารถสังเกตและประเมินได้ ตามวิถีทางของการปรับตัว 4 ด้าน (Adaptive modes) ได้แก่

การปรับตัวด้านร่างกาย เป็นปฏิกิริยาที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้า ที่มาจากสิ่งแวดล้อม โดยเป็นการทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ และระบบต่างๆ ในร่างกายบุคคล เพื่อเป็นการปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงด้านร่างกาย (Physiologic integrity) อันจะตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย 5 ชนิด คือ ออกซิเจน โภชนาการ การขับถ่าย การทำกิจกรรมและการพักผ่อน และการป้องกัน อีกทั้งรวมถึงการทำหน้าที่ของระบบการควบคุม คือ การรับรู้ความรู้สึกสภาวะนำและอิเลคโตรไลต์ การทำหน้าที่ของระบบประสาทและการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ

การปรับทางด้านอัตมโนทัศน์ เป็นการมุ่งรักษาความมั่นคงทางจิตใจ ที่เน้นในด้านจิตใจ และจิตวิญญาณของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ โดยจะเป็นการรับรู้ทั้งที่เกิดภายในตนเองและการรับรู้ปฏิกริยาจากบุคคลอื่น ๆ ที่มีแก่ตนเอง โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

อัตมโนทัศน์ด้านกายภาพ (Physical self) เป็นความรู้สึกของตนเองต่อรูปร่างการทําหน้าที่ ความรู้สึก ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งอัตมโนทัศน์ด้านร่างกายจะประกอบไปด้วย ด้านการรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย (body sensation) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับสภาวะและสมรรถภาพของร่างกาย ด้านภาพลักษณ์ (body image) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับขนาดรูปร่างหน้าตา และท่าทางของตนเอง

อัตมโนทัศน์ส่วนตัวตนเอง (Personal self) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ด้านความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวัง และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ประกอบด้วย ด้านความสม่ำเสมอแห่งตน (Self consistency) ซึ่งหมายถึงการที่บุคคลจะมีการปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในตนเอง หรือมีความสม่ำเสมอในชีวิต ถ้าความรู้สึกนี้ถูกคุกคามจะก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัวและความไม่แน่ใจ ด้านปณิธานแห่งตน (Self idea) เป็นสิ่งที่บุคคลมุ่งหวังที่จะทำหรือมุ่งหวังที่จะเป็น ซึ่งจะเป็พื้นฐานในการแสดงพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ได้มุ่งหวังไว้ ถ้าบุคคลไม่สามารถประสบความสำเร็จตามที่มุ่งหวังและไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะมีความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ อันจะนำมาซึ่งความรู้สึกไร้คุณค่า ท้อแท้ สิ้นหวังและเบื่อหน่ายชีวิต ด้านศีลธรรมจรรยาและจิตวิญญาณแห่งตน (Moral ethical spiritual self) บุคคลจะใช้คุณธรรมจรรยาของตนเป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติและพิจารณาตัดสินสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวกับตนเองว่าเป็นสิ่งที่ถูกหรือผิด ดีหรือเลว ร่วมกับ ความเชื่อที่ตนเองยึดถืออยู่ ถ้าบุคคลรู้สึกว่าจะละเมิดกฎเกณฑ์หรือมาตรฐานทางศีลธรรมจรรยาที่ได้กำหนดไว้ จะเกิดความรู้สึกผิดและติเตียนตนเอง นอกจากนี้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem) ยังเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคลต่อคุณค่าของตนเอง ความรู้สึก ว่าตนเองมีประโยชน์ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ๆ หรือไม่มากนักเพียงใด ถ้าบุคคลมีการพัฒนาในส่วน ของ อัตมโนทัศน์ด้านร่างกายตามดั่งที่กล่าวมาแล้ว ดีก็จะมีกรรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดี ด้วย เนื่องมาจากความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองนั้นจะประกอบอยู่ในทุกส่วนของ อัตมโนทัศน์ (Andrews & Roy, 1991)

การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ เป็นปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านสังคม โดยเป็นการปรับตัวทางสังคมที่เน้นบทบาทหน้าที่ของตนเองตามที่สังคมคาดหวังไว้อย่างเหมาะสมและแสดงออกเป็นพฤติกรรมเครื่องชี้วัด (Instrument behavior) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงการปฏิบัติตามหน้าที่ที่สังคมกำหนดไว้ และพฤติกรรมที่มีความหมาย (expressive behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกตามความรู้สึกหรือตามทัศนคติ

ความชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับบทบาทที่ตนเองได้รับ รอยไฉ่กล่าวถึงบทบาทของบุคคลว่ามีบุคคลว่ามีอยู่ 3 ระดับ คือ

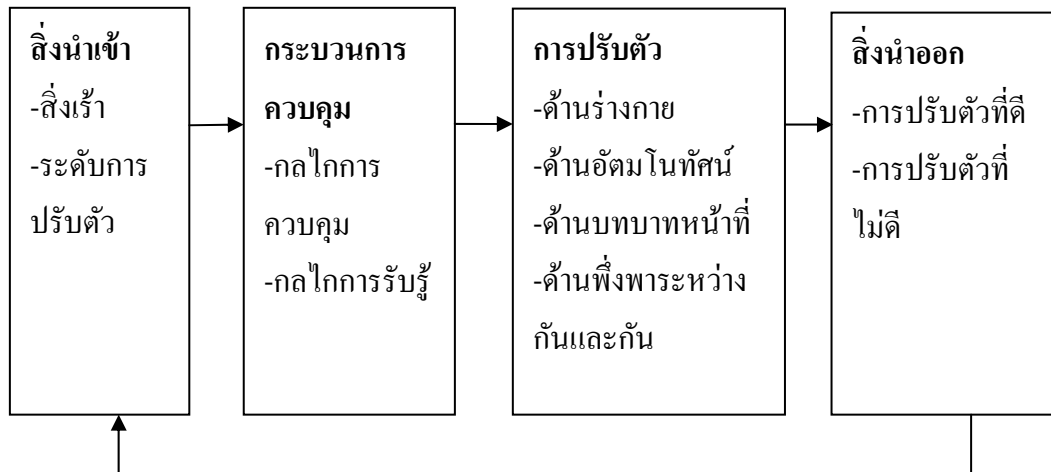
บทบาทปฐมภูมิ (Primary role) เป็นบทบาทตามอายุ เพศ และระดับพัฒนาการ บทบาทเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสมของบุคคลในช่วงหนึ่งๆของชีวิต เช่น บทบาทเด็กวัยรุ่น ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ เป็นต้น

บทบาททุติยภูมิ (Secondary role) เป็นบทบาทที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในสถานการณ์ต่างๆกันที่เกี่ยวกับงานตามระดับพัฒนาการและตามบทบาทปฐมภูมิ ได้แก่ บทบาทในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา บทบาทตามอาชีพ

บทบาทตติยภูมิ (Tertiary role) เป็นบทบาทชั่วคราวที่บุคคลได้รับ เช่น บทบาทสมาชิกสมาคม ชมรม หรือองค์กรต่างๆ บทบาทผู้ป่วย เป็นต้น

การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกันและกัน เป็นการปรับตัวที่เน้นในด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการให้ และการรับ ความรัก และการมองเห็นคุณค่า โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมปรับตัวด้าน พฤติกรรมการรับและพฤติกรรมการแสดงความช่วยเหลือเพื่อสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของการให้ได้รับความรัก ความเคารพ และมองเห็นคุณค่า ในการรักษาปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทั้งบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต

การปรับตัวทั้ง 4 ด้านที่แสดงออกมานั้น จะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและมีลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคล โดยจะเป็นสิ่งที่สังเกต ตรวจสอบ หรือวัดได้จากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมา ในการตัดสินใจประสิทธิภาพของพฤติกรรมจำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงการประเมินด้วยตนเอง หรือการรับรู้ของบุคคล และภาวะแวดล้อมนั้นๆ ด้วย ซึ่งพฤติกรรมการปรับตัวจัดเป็นสิ่งที่นำออกของระบบการปรับตัว จัดว่าเป็น พฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม (Adaptive behavior) แต่ถ้าพฤติกรรมนั้นตอบสนองออกมาในทางตรงกันข้ามจัดว่าไม่เป็น พฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม (ineffective behavior) โดยพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม และพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมนั้น จะย้อนกลับเป็นสิ่งที่นำเข้าสู่ระบบเพื่อการปรับตัวที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งสามารถแสดงเป็นภาพได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 2 แสดงการปรับตัวของบุคคลที่เปรียบเสมือนระบบ

ที่มาจาก Andrews, H.A. and C. Roy. The Roy Adaptation model: The definitive state. Norwalk: Appleton & Lange., 1991.

จะเห็นได้ว่าการปรับตัวต้องอาศัยร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดการปรับตัวที่ดี ซึ่งเป็นระบบที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยมีสิ่งเร้าภายในและสิ่งเร้าภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว และความสามารถของบุคคลในการปรับตัวที่จะตอบสนองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวกและลบ การรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง จะทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น มองหาวิธีการแก้ปัญหาและผ่อนคลายความวิตกกังวลได้ ส่วนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้น จะย้อนกลับเป็นสิ่งนำเข้าสู่ระบบเพื่อการปรับตัวที่เหมาะสมต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ความหมายของภาวะซึมเศร้า (Concepts of Depression)

เบ็ค (Beck, 1976; Beck et. al., 1979) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความแปรปรวนทางด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลมาจากการประมวลเรื่องราวผ่านกระบวนการคิดจนเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบเกี่ยวกับตนเอง เกิดอาการและอาการแสดงต่างๆ ได้แก่จิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้าท้อแท้หมดหวัง ไม่สนใจกิจกรรม นอนไม่หลับ น้ำหนักตัวลดหรือเพิ่ม ปวดท้อง ปวดศีรษะ เป็นต้น

เซลิเกแมน (Seligman อ้างใน ศิริรัตน์ วิจิตระกูลถาวร, 2545) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะที่แสดงว่า บุคคลหมดหวังมีอุปสรรคขัดขวางจุดประสงค์ที่ตั้งไว้ทำให้บุคคลมีความรู้สึก

ซึมเศร้า เสียใจ ไม่มีคุณค่าในตนเอง ตำต้อย บุคคลจะมีแต่ความรู้สึกสูญเสียที่ตนเองไม่ประสบความสำเร็จหรือเกิดความล้มเหลวในชีวิต

เคอโลวิท (Kurlowicz, 1997: 192) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ การรู้สึก ความเข้าใจด้านร่างกาย

เวเลนเต้ (Valente, 1994 : 18) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีความรู้สึกเศร้า เสียใจ ขาดแรงจูงใจ ขาดความกล้าหาญ ไม่สนใจทำกิจกรรมต่างๆ

จัสมิน และ ทริกตสาด (Jasmin and Trygstad, 1979) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นการสะสมความคิด ความรู้สึก และปฏิกิริยา ทำให้บุคคลรู้สึกต่ำกว่าตนเองด้อยค่า เสียใจ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หมดหวัง มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ต่างๆของร่างกาย แยกตนเอง ไม่ปรารถนาที่จะเข้าสังคม

ซาโดค (Sadock and Sadock, 2000) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะทางจิตใจที่แสดงออกโดยมีอาการเศร้า ว้าเหว่ สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ต่ำหนิติเตียนตนเอง ร่วมกับมีอาการทางกาย คือ เชื่องช้า เฉื่อยชาลง พุดน้อยคิดนาน มีอาการแยกตัว ถอยหนีจากการพบปะผู้คน นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย หรือมีอาการกระสับกระส่ายอยู่เฉยๆไม่ได้ อุมพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าคือการเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ มีอารมณ์เศร้า (dysphoric mood) และมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่สนุกสนาน (loss of interest of pleasure) และมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหรือความรู้สึกนึกคิด โดยแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ อาการซึมเศร้า (depressive symptoms) มีเพียงความรู้สึกเศร้า หงุดหงิด หรือ ร้องไห้ยังไม่ถึงขั้นเป็นโรค ไม่มีความผิดปกติในกิจวัตรประจำวันและโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) ซึ่งเป็นภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงรบกวนกิจวัตรประจำวัน

ดวงใจ กษานติกุล (2542) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าหมายถึง อารมณ์ทุกข์ รู้สึกเศร้าหมองจิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลงหรือน้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ มีความอยากตาย เป็นต้น โดยมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรม หรือ บุคลิกภาพเปลี่ยนไปกลายเป็นคนแยกตัว เงียบซึม และสมรรถภาพในการเรียนหรือทำงานลดลง

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกแง่ร้ายรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ต่ำหนิตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้เป็นอยู่เป็นระยะเวลานาน และเกี่ยวข้องกับความรู้สึกสูญเสีย

อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย (2545) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นปฏิกิริยาที่เกิดจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า อาจเกิดจากความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และ ทำร้ายตนเองในที่สุด

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่แสดงออกในรูปอารมณ์เศร้า ความสนใจหรือความพึงพอใจในสิ่งต่างๆ ลดลง มีความรู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า การนอนหลับหรือการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไป รู้สึกไร้เรี่ยวแรงและมีความยากลำบากในการกระทำการต่างๆ ปัญหาเหล่านี้กลายเป็นปัญหาเรื้อรังและมีผลกระทบต่อความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีผู้ให้ความหมายที่คล้ายคลึงกันในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้ความหมายภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของ เบ็ค (Beck, 1976; Beck et al., 1979) ที่กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าหมายถึงความแปรปรวนทางด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลจากการประมวลเรื่องราวผ่านกระบวนการคิดจนเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต เมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤตในชีวิตการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นบุคคลนั้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ และ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามภาวะซึมเศร้ายิ่งเพิ่มมากขึ้น ความคิดอัตโนมัติในทางลบจะเพิ่มมากขึ้นทั้งความถี่และความรุนแรงความคิดที่เป็นเหตุผลลดลง และเกิดอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ทั้งทางด้านอารมณ์ความคิด แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม เช่น ใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง ไม่สนใจกิจกรรม นอนไม่หลับ น้ำหนักตัวเพิ่มหรือลด ปวดท้อง ปวดศีรษะ เป็นต้น

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า (Theories Related to Depression) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งทฤษฎีเหล่านี้มี 3 กลุ่ม คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคม (Akiskal, 2005; Rasgon et al., 2000) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีชีววิทยา (Biological Theories of Depression) จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาทางด้านประสาทวิทยาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ามีผลการวิจัยที่สนับสนุนว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของปัจจัยด้านชีววิทยาในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการแสดงอารมณ์และพฤติกรรมของมนุษย์ (Akiskal, 2005; Laraia, 1995; Rasgon et al., 2000; Stuart, 1995) ได้แก่ พันธุกรรม (Genetics) สารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitters) และการควบคุมการหลั่งของฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ (Akiskal, 2005; Gordon and Ledray, 1985; Rasgon et al., 2000; Sadock and Sadock, 2005; warren, 1995) จากการศึกษาของเพททีและเซนสกี (Petty & Sensky, 1987 as cite in scrutiny, 1989) พบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล กับภาวะซึมเศร้า โดยสรุป

แล้วจากการเปลี่ยนแปลงของสารดังกล่าวจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น ปัจจัยทางด้านพันธุกรรมก็พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเช่นเดียวกัน ผลการศึกษาในครอบครัวและคู่แฝดของผู้ป่วยผิดปกติทางอารมณ์ พบว่าเกิดความผิดปกติทางอารมณ์มากเป็น 4 เท่า เมื่อเทียบกับบุคคลทั่วไป (Buckwalter and Piven, 1999: 393) ส่วนปัจจัยทางชีวภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้แก่ เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ความผิดปกติ ของการเปลี่ยนแปลงชีวภาพในรอบวัน เช่นการนอนหลับ รวมทั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาทในสมองคล้ายกับการเปลี่ยนแปลงตามความสูงอายุ

พันธุกรรม (genetic predisposition) ปัจจัยทางด้านพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับ การเกิดโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุน้อยกว่าวัยก่อนสูงอายุหรือวัยหนุ่มสาว จากการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยทั่วไปที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีความเสี่ยงของการเกิดอาการซึมเศร้าจากพันธุกรรม ร้อยละ 20.1 การเปลี่ยนแปลงการทำงานของสารสื่อประสาท เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท ซึ่งมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเกิด อาการซึมเศร้าได้ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดจาก การลดลงของ norepinehrine dopamine และ serotonin และมีการเพิ่มของ acetylcholine อย่างไรก็ตาม บทบาทการ เปลี่ยนแปลงการทำงานของสารสื่อประสาท ยังพิสูจน์ไม่ได้แน่ชัดว่าเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า การเปลี่ยนแปลงการทำงานของต่อมไร้ท่อ (norepmehrme changes) เป็นที่ทราบกันมานานแล้วฮอร์โมน เกี่ยวข้องกับสภาพอารมณ์เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่มีความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ปัจจัยทางด้านร่างกาย (Physical factors) โรคทางร่างกาย (Specified disease) การเจ็บป่วยทางกายหลายๆ โรค สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ เช่น โรคต่อมไร้ท่อ โรคของระบบประสาทส่วนกลาง เป็นต้น ความเจ็บป่วยทางกายที่เรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคได้ง่าย และ บางโรคต้องอาศัยเวลานานในการรักษา ซึ่งก่อให้เกิดการ ไร้สมรรถภาพและขาดความสามารถทำให้ ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาคนอื่นเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอาการ ซึมเศร้า สูญเสียสมรรถภาพของร่างกายและจิตใจ (Loss of physical function) เมื่อมีอายุมากขึ้นร่างกายก็จะมี การเปลี่ยนแปลง โครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์เนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อลดความแข็งแรงและขาดความว่องไว ในการตอบสนองของความสามารถในการทำงานของระบบประสาทหย่อนสมรรถภาพลง ซึ่งการ เปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นกับอวัยวะทุกระบบในร่างกาย ที่เห็นได้ชัดคือการลดความสามารถของระบบ ประสาทสัมผัส โดยเฉพาะปัญหาการยินและการมองเห็นซึ่งมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนต้องแยกออกมา ขาดโอกาสในการร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ การ ไข้ยา ในวัยสูงอายุ เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพกายหลายอย่าง ดังนั้นจำนวนและความถี่ของยาที่ใช้ รักษาปัญหาสุขภาพกายก็จะเพิ่มขึ้นด้วย และผู้สูงอายุที่ได้รับผลข้างเคียงจากยา ซึ่งมีจำนวนมากที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าๆ ได้ เช่น ยารักษาความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นยาที่ใช้บ่อยมากในผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ยังพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคบางโรค หรือภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยมักพบว่า มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไนตี้ และคณะ (Niti et al., 2007) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าและภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุเอเชีย พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับสูงในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factor) ความขัดแย้งภายในจิตใจที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (Unresolved conflict) นักจิตวิทยาอธิบายว่า อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึก หลายๆ อย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เครียด โกรธและละอาย และความรู้สึกผิด ภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากการสูญเสียหรือจากการถูกพรากสิ่งอันเป็นที่รักไป ไม่ว่าจะเป็ นวัตถุหรือบุคคล นอกจากนี้ผลที่เกิดขึ้นจากการมีภาวะซึมเศร้า จะทำให้บุคคลนั้นกลายเป็นคนที่ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่อยากร่วมกิจกรรมใดๆ ในสังคม ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกตนเองไร้ค่าและมีความรู้สึกว่าการมีชีวิตรอยู่ต่อไปไม่มีความหมาย และนำไปสู่การลงโทษตัวเองอย่างผิดๆ ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (Interpersonal interaction) หรือสภาพสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เรื่องความผูกพัน (Attachment) โดยเชื่อว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากการขาดความรัก หรือจากการสูญเสียหรือพลัดพราก ความต้องการพึ่งพิงไม่ได้รับการตอบสนองทำให้เกิดความล้มเหลวในการพัฒนาทางด้านจิตใจ และ พบว่าประสบการณ์ในช่วงชีวิตวัยเยาว์ของผู้สูงอายุ กับพ่อแม่ส่งผลกระทบต่อสภาพชีวิตในวัยสูงอายุ อย่างมาก ในรูปของการขาดความรัก ความผูกพันกับบุคคลใกล้ชิด ในปัจจุบันซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ลักษณะบุคลิกภาพที่ผิดปกติ (Personality disorder) โดยเฉพาะกลุ่มบุคลิกภาพผิดปกติชนิด หลีกเลี้ยง (Avoidant) และชนิดพึ่งพาคนอื่น (Dependent) จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางด้านสังคม (Social factors) สภาพแวดล้อมและเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ในชีวิตผู้สูงอายุจะมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่รุนแรงจะถือว่าเป็นปัจจัยที่เข้ามากระตุ้นภาวะซึมเศร้า ได้มีการศึกษาพบว่าความเครียดทางสังคม ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมากกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั้งนี้เพราะสังคมเป็นสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสโดยตรงกับการดำเนินชีวิตของบุคคลปฏิกิริยาของสังคม จะมีอิทธิพลต่อการปรับตัว ซึ่งสภาพความคิดทางสังคมของผู้สูงอายุที่สำคัญมีดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคม ซึ่งเป็นลักษณะสังคมอุตสาหกรรมทำให้บุคคลในสังคมต่างแข่งขันมากขึ้นต่างมองเห็นแต่ประโยชน์ตนเอง การพึ่งพาอาศัยกันน้อยลง ผู้สูงอายุไม่มีบทบาทสำคัญเหมือนในสังคมเกษตรกรรม การเรียนรู้ของคนรุ่นใหม่ส่วนใหญ่ได้รับมาจากสังคมภายนอกผู้สูงอายุจึงขาดความสำคัญไป การยอมรับนับถือก็ลดลงไปในที่สุดก็พบกับความโดดเดี่ยวขาดที่พึ่งทางจิตใจ ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของสุขภาพจิต

2. การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม การเป็นผู้นำ การขาดจากตำแหน่งหน้าที่การงาน รายได้ลดลง ต้องเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ และสูญเสียความสามารถในการพึ่งตนเองทั้งด้าน ความเป็นอยู่ความคิด และการเลี้ยงดูตนเอง การลดความสัมพันธ์กับชุมชนจากบทบาทที่ เปลี่ยนแปลง ไปที่ให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่ม ไม่กล้าแสดงออก สมรรถภาพลดถอย ความสัมพันธ์กับ ชุมชนที่คุ้นเคยแต่เดิมลดลง เปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุที่มี บทบาทในชุมชนมาก่อนเกิดความเครียด ได้สูญเสียความเครียดดังกล่าวเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ ผู้สูงอายุขาดความมั่นคงทางด้านจิตใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าที่สุด

3. การสนับสนุนทางสังคม (Social support) สังคมของผู้สูงอายุจะแคบลงตามลำดับ และแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้นเหลือเพียงครอบครัว เพื่อนและวัดเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงของ สังคม นี้มีความสูญเสียที่มากที่สุดอย่างหนึ่งของชีวิต ผู้ทำการศึกษาพบว่า การขาด การค้าจุน ทาง สังคมใน ขณะที่สุขภาพ ไม่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า

บลลาเซอร์ (Blazer, 1991: 210-215) ได้ทดสอบ สมมติฐานว่า การสนับสนุนทางสังคมมี ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 331 คน ที่เป็นโรคซึมเศร้าร่วมกับการ ขาดการสนับสนุนทางสังคม 30 เดือนต่อมาพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีชีวิตอยู่ และมีการสนับสนุนทาง สังคมดีขึ้น จะมีอาการดีขึ้นประมาณ 3 เท่า ของผู้ที่ขาดการสนับสนุน ทางสังคมเช่นเดิม หรือกล่าว อีกในหนึ่งว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น สามารถเป็นตัวทำนายในเรื่องการ สนับสนุนทางสังคม

ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของโซโลมอน (Solomon, 1981) และสอลซ์แมน (Salzman, 1992) พบว่า ประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีประสบการณ์ซึมเศร้าอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ที่รุนแรง ซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันในการศึกษาของ จาโคบีและออปเพนไฮเมอร์ (Jacoby and Oppenheimer, 1991) รวมถึงการศึกษาของ คานอฟสกี (Kanowski, 1994) พบว่าผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 10-15 จะมีอาการซึมเศร้า และร้อยละ 3 จะป่วยด้วยโรคซึมเศร้า พบในเพศหญิงมากกว่าเพศ ชาย ในผู้ที่มีอายุมากอาการจะยิ่งรุนแรงมากขึ้น ในการศึกษาของ โจนส์ (Jones, 2003: 28) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเสี่ยง ต่อโรคซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย 2-3 เท่า อุบัติการณ์ของโรค ซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 2-3 ต่อปี พบในการดูแลที่บ้านร้อยละ 13 (Copeland et al., อ้างใน Hughes, 1997: 141-161) ในผู้สูงอายุที่รับ ไว้ในโรงพยาบาลจิตเวชพบประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมดในโรงพยาบาลทางกาย (Solomon, 1981) เบอร์นและคณะ (Burn et al., 1993) พบว่ามีปัญหาทางจิตเวชในผู้สูงอายุที่รักษา โรคทางกายจะพบโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 23 สำหรับใน ประเทศไทย ศิริชัย ดาริกานนท์, สมจิตร พิมพ์พนิตย์, ปัทมา ยิ่งยมสาร, และประทวน เข้มเงิน (2539) ได้ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาทโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า

ในผู้สูงอายุไทย (TGDS) พบว่ามีความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 43.1 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยร้อยละ 55.5 ระดับปานกลางร้อยละ 32.7 และระดับรุนแรงร้อยละ 11.8 การศึกษาในภาคเหนือ เกราภรณ์ คุณานวัฒน์ชัยเดช (2543) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้ากับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย(TGDS) แบบสั้น 15 ข้อ พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 29.3 ส่วนการศึกษาในภาคใต้ของ ปรภาส จิตตาศิรินวัตร (2544) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในจังหวัดชุมพร โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 41 อรพรรณ ทองแดง และคณะ (2544) ศึกษาในกรุงเทพมหานคร พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 12.78 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยของ ปรีชา ศตวรรษิ์อารัง และคณะ (2544) ซึ่งใช้เครื่องมือเดียวกันในกรุงเทพมหานคร นครสวรรค์ นครราชสีมา และสุราษฎร์ธานี พบร้อยละ 14

ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่พบว่ามีความแตกต่างกันนั้น อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น การใช้เครื่องมือที่ต่างกันไปในการประเมินภาวะซึมเศร้า รวมถึงปัจจัยต่างๆที่เป็นสาเหตุ การเกิดโรคซึมเศร้าซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้น โดยส่วนใหญ่ผู้มักกล่าวว่าเป็นผลมาจากสาเหตุ หรือเกิดจากหลายปัจจัยด้วยกัน คือ

ระดับความซึมเศร้า

อับดุลฮาติม (Abdulhalim, 1991: 83) ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชนบท โดยศึกษาที่อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 143 คน โดยใช้แบบสอบถามความซึมเศร้า Questionnaire Depression Scale (QDS) พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างมีความซึมเศร้าร้อยละ 39.9

เร็ตตี้ (Retty, 1992: 71) ศึกษาเรื่องความชุกความซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในผู้สูงอายุเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 150 คน ใช้แบบสอบถามความซึมเศร้า Questionnaire Depression Scale (QDS) พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างมีความซึมเศร้าร้อยละ 38

กมลีน สาตรา (2531: 76) ได้ทำการศึกษาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 137 คน โดยใช้แบบวัดความซึมเศร้าที่คัดแปลงมาจากแบบสำรวจความซึมเศร้าของ Beck (1961, 569) พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างมีความซึมเศร้า ร้อยละ 59.12

กนกรัตน์ สุชะตุงคะ และคนอื่นๆ (2542: 232-243) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม กับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง (กรุงเทพมหานคร) 370 ราย และชุมชนชนบท (ระนอง, บุรีรัมย์) 682 ราย รวมเป็นผู้สูงอายุที่ศึกษา ทั้งหมด 1,052 ราย โดยใช้แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental Examination: TMSE) พบว่า ผู้สูงอายุชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และรวมสองชุมชนมีความซึมเศร้าร้อยละ 35.1, 17-19 และ 24.1 ตามลำดับ

อรพรรณ ทองแดง (2544) ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาคู่มือสำรวจอารมณ์เศร้าด้วยตนเองใน ผู้สูงอายุไทย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุใน 35 ชุมชน จาก 4 เขต แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 667 ราย และ กลุ่มศึกษาจำนวน 723 ราย พบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 12.78 โดยเป็นอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้า อย่างเดียวคิดเป็นร้อยละ 8.23 และอัตราความชุกของ ภาวะซึมเศร้าร่วมกับมี Cognitive impairment เท่ากับร้อยละ 4.5

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส

1.1 อายุ เมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมลง ความแข็งแรงของร่างกายลดลง ประกอบกับมีการเกิดโรคต่างๆขึ้นได้ง่ายส่วนใหญ่มักเป็น โรคเรื้อรัง ซึ่ง โรคเรื้อรังมีพบอัตราการเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากอายุมากยังมีโอกาสได้รับสารทำให้เกิดโรคมามาก ยิ่งขึ้นและกลไกในการสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานลดลงด้วย จากลักษณะการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทางด้าน ร่างกาย ซึ่งทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และอีกประการ หนึ่งการเกษียณอายุในการทำงานนับว่าเป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจผู้สูงอายุด้วย ซึ่ง ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจ อารมณ์ จากการศึกษาของกนกรัตน์ สุชะตุงคะ และคณะ (2542: 235) พบว่าผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายไม่คล่องแคล่ว ดังนั้นกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำก็จะถูกจำกัดลงทำให้รู้สึกเหงา ว้าเหว่มากขึ้น และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา นอกจากนี้ การศึกษาของมาโนช ทับมณี (2541) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพฯ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.30, p<.50$) เช่นเดียวกับการศึกษาของบลาสเซอร์และคณะ (Blazer et al., 1991) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .50

1.2 เพศ (Gender) สถานภาพสมรส (civil status) อายุ ระดับการศึกษา รายได้ จตุพร โนโซติ (2547) พบว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีลักษณะคล้าย กับภาวะซึมเศร้าที่เกิดในวัย อื่นๆซึ่งแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และในผู้สูงอายุที่มี

สถานภาพสมรส หม้าย หย่า หรือแยก มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าสถานภาพคู่ ใน การศึกษาของโจน (Jones, 2003) พบความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิง มากกว่าเพศชาย 2-3 เท่า และมีความชัดเจนในเรื่อง เพศกับภาวะซึมเศร้ามากขึ้นในการศึกษา เมตาอะนาไลซิส (meta-analysis) ของโคปแลนด์ (Copeland et al. cite in Tallis & Fillit, 2003) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมี ภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Martin, 2003) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุมี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเพศ โดยเพศหญิงมีความเสี่ยง มากกว่าเพศชาย สุขภาพ ร่างกาย ปัญหาเรื่องการนอน ความเสื่อมถอยทางสมรรถภาพและขาดการ เอาใจใส่ดูแลทางสุขภาพและ เพ็ญศรี หลินสุนนท์ (2543) ศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ รายได้ ต่อเดือน สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ การศึกษาของ เลขทิเนน และ จอกามา (Lehtinin & Jeukamaa, 1994: 7-10) ที่พบว่าโรคซึมเศร้าพบความชุกได้มากในเพศหญิง โดยจะพบเป็น 2 เท่าของเพศชาย จาก การศึกษาของจตุพร โนโซติ (2547) พบว่าเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นภาพร ชโยวรรณ และคนอื่นๆ (2532: 85) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ทางใจมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย กมลลิน สาดตรา (2531: 80) และคนอื่นๆ (Dean, et.al., 1990: 154) และเร็ตตี (Retty, 1992: 72) โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย จาก การศึกษาพบเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุ จากการศึกษาของลำเนาวิ เรื่องยศ (2535) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงในเขตอำเภอแม่ริมจังหวัด เชียงใหม่ มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลลิน สาดตรา (2531: 76) ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศชายในสถานสงเคราะห์คนชรารบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ แตกต่างกับการศึกษาของโคว์นิก และคณะ (Koenig et al., 1993) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่ จะพบมากขึ้นในเพศหญิง และการศึกษาของกนกรัตน์ สุขตุงคะและคณะ (2542: 235) ที่พบว่า ผู้สูงอายุทั้งที่อยู่ในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง เพศหญิงจะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย และ จากการศึกษาของ เซเคลี เบน โค วาร์กา และเมซซารอส (Szekely, Benko, Varga, & Meszaros, 2001) ในผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำนวน 74 ราย พบว่าเพศหญิงมีระดับของภาวะ ซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความ ซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

1.3 สถานภาพสมรส คู่สมรสเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดมากที่สุดและเป็นแหล่งที่ให้การ สนับสนุนที่มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะการสนับสนุนด้านจิตใจ (ทศนีย์ เกริกกุลธร, 2536) การมีคู่ สมรสทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยวมีที่พึ่ง มีคนเอาใจใส่ให้ความช่วยเหลือให้ความเห็นอกเห็นใจ

และเป็นกลุ่มที่ปรึกษาเป็นการช่วยส่งเสริมการปรับตัวที่ดีด้านจิตใจ จากการศึกษาของเปรมฤดี ศรีราม (2539) และทัศนีย์ เกริกกุลธร (2536) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยวและจาก การศึกษาการสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ (รุ่งทิพย์ แปะใจ, 2542) พบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความผาสุกของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหม้าย หย่า แยก ร้อยละ 40.50 (ตารางที่ 1) การเป็นหม้ายทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ไร้คู่คิด ขาดที่ปรึกษา ขาดคนดูแลเอาใจใส่ ทำให้เกิดความเหงา ว้าเหว่ ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาของ ธิดา มีศิริ (2540) ที่ศึกษาความหว้าเหว่ของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ โสด หม้าย หย่า แยก มีความหว้าเหว่สูงกว่าผู้สูงอายุที่สถานภาพสมรสคู่ ซึ่งความหว้าเหว่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้สูงอายุ จากการศึกษาเมอร์เรล และคนอื่นๆ (Murrell, et al., 1983: 173-185) ศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าของ โดยผู้ที่เป็น โสดหรือผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีความซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่เป็นหม้าย หย่า หรือ แยก เร็ตตี้ (Retty, 1992: 72) ศึกษาความชุก ของความซึมเศร้าและปัจจัยสัมพันธ์ในผู้สูงอายุคืนแดง กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่ใช่คู่มีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่สถานภาพสมรสคู่ และเพ็ญศรี หลินศวนนท์ (2543) ศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ พบว่า ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้ อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ รายได้ต่อเดือน สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

2. การเจ็บป่วยทางกาย

ผลการศึกษาของ เมอร์ฟี (Murphy Cited in Hughes, 1997) พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับกำเริบโรคหัวใจ โรคเรื้อรัง ซึ่งโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ โรคหัวใจ โรคข้ออักเสบรุนแรง การศึกษาของ สรวุฒิ พิมพาภรณ์ และสุวรรณณี เรืองเดช (2540) พบว่าการมีโรค ทางกายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพที่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความไม่สุขสบายซึ่งผลการวิจัยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่ามีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 21 มีผลต่อบุคคลอ่อนแอ คิดถึงอันตรายที่จะเกิดต่อไป ไม่สามารถทำหน้าที่ได้สมกับบทบาท ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี และสรวุฒิ สังข์ศรี และคณะ (2540) พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรม มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าประชากรทั่วไป 10 เท่า และกาญจนา กิริยาม (2553) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม ผลการวิจัยพบว่ามี

ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 79 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย โดยพบว่า เพศชายมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศหญิง การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยสำคัญ ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรม

3. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

จากการศึกษาของ สุกัญญา โรจน์ประเสริฐ (2541: 77) ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดลพบุรี ในผู้สูงอายุ 367 คน พบว่าสัมพันธ์สภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพจิต และ กนกรัตน์ สุชะตุงคะและคนอื่นๆ (2542: 236) ศึกษาพบว่าการสัมพันธ์กับลูกหลาน มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุทั้งในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง การศึกษาของ กาญจณี สิทธิวงศ์ และคณะ (2539) พบว่าสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลของครอบครัว และจากการศึกษาของ ศิริชัย คาริกานนท์และคณะ (2539) พบปัจจัยทางจิตสังคมของผู้สูงอายุกับภาวะซึมเศร้า คือผู้สูงอายุที่มีซึมเศร้าสูงกว่าที่มีการทะเลาะวิวาทกันบ้าง และสมาชิกในครอบครัวปรองดองกันดี ผู้สูงอายุที่ไม่ปรึกษาใครเก็บไว้คนเดียวเมื่อมีปัญหาภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ปรึกษาญาติพี่น้องหรือคนอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ เชาว์ชิง และกรเกษ พรหมดี (2544) ที่พบความสัมพันธ์ของบุคคลภายในครอบครัวเป็นปัจจัย ทางจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กาญจนา ไทยเจริญ (2543: 97) ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดลพบุรีพบว่าสัมพันธ์สภาพในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพกาย การมีรายได้เพียงพอ และเพศชายเป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 32 โดยสัมพันธ์สภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสูงสุด เพ็ญศรี หลินศวนนท์ (2543: 72) การศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตประทุมวัน กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าร้อยละ 22 ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายได้ต่อเดือน สัมพันธ์ภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ ทางลบกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพจิต

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ควรเริ่มจากการป้องกันมิให้เกิดภาวะซึมเศร้า เพิ่มสมรรถนะทางด้านร่างกายและจิตสังคม ลดอาการที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า รวมทั้งเพิ่มทักษะ ในการปรับตัวต่อความเครียดเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และการดูแลตามแผนของจิตแพทย์ (Stanley & Beare, 1995; Miller, 1999; Buckwalter & Piven, 1999 อ้างถึงใน ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2547: 33-39)

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เป็นบุคลากรที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน มีบทบาทหน้าที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ตลอดจนให้การฟื้นฟูสภาพ (กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานพยาบาล, 2546) และการปฏิบัติการในชุมชน (Community health nursing) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม โดยครอบคลุม 4 มิติ ที่มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนทุกคนในชุมชน ตั้งแต่ในระดับบุคคล ครอบครัว และกลุ่มประชากร ที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษ โดยอาศัยศาสตร์ทางการพยาบาล ด้านสาธารณสุข และสังคมศาสตร์มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อบรรลุเป้าหมายคุณภาพชีวิตที่ดี (กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานพยาบาล, 2546) นอกจากนี้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (Community health nurse practitioner) ยังมีบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced practice nursing roles) จากการที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีการทำงานในการจัดการดูแลขั้นปฐมภูมิ (Primary care) มีบทบาทโดยรวมด้าน การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตและ ฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นและหากไม่ได้รับการแก้ไขและช่วยเหลืออาจนำไปสู่การ ฆ่าตัวตายได้ในที่สุด ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติต้องสามารถให้การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะที่มีปัญหาซับซ้อนจัดการให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่มีประสิทธิภาพ ไร้เหตุผลตัดสินในเชิงจริยธรรม โดย บูรณาการ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่นๆ ที่เป็นปัจจุบัน ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูงมุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นระยะยาว พัฒนา วัฒนธรรมและกระบวนการการดูแลในกลุ่มผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคอย่างต่อเนื่องและเป็นที่ยอมรับให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพตลอดจนติดตาม ประเมินคุณภาพและจัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัย เชิงประเมินผลในการดูแลผู้ใช้บริการ กลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาซับซ้อน

การดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่ง ชับซ้อนท้าทายสำหรับพยาบาลและวิชาชีพสุขภาพ ความเข้าใจความซับซ้อนของผู้สูงอายุ การได้พัฒนาขีดความสามารถและการมีเจตคติที่ดีจะทำให้เกิดการดูแลอย่างมีเป้าหมาย มีคุณภาพและคุ้มค่าใช้จ่าย พยาบาลส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานในชุมชน การดูแลสุขภาพที่บ้านและหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับต้องดูแลผู้สูงอายุซึ่งมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นซึ่งพยาบาลต้องดูแลผู้สูงอายุที่ปกติมีสุขภาพที่ดีและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย บริการสุขภาพที่มุ่งการสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพให้สมวัยอย่างมีพลัง (Active aging) รวมทั้งการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตและการตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งต้องดูแลอย่างมีมนุษยธรรมและจริยธรรมให้การเคารพในฐานะที่ผู้สูงอายุมีคุณค่าต่อชุมชนและสังคม (วารสารณ์ ภูมิศาสตร์, 2548)

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

1. ลดปัจจัยที่มีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

1.1 ป้องกันมิให้เกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือลดปัญหาสุขภาพต่างๆ โดยให้ผู้สูงอายุตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อตรวจพบโรคในระยะแรก ให้การดูแลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแล ให้ปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง ให้การฟื้นฟูผู้ป่วยโดยกายภาพบำบัดเพื่อเพิ่มสมรรถนะทางด้านร่างกายและจิตสังคม

1.2 ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่ให้เกิดการแยกตัวจากสังคมหรือเกิดการขาดการกระตุ้น/ไม่รับรู้ความรู้สึก

1.3 พยาบาลได้ตระหนักถึงปัจจัยการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องปรับตัว เช่น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายตามวัย การเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้เกษียณ หม้ายหรือดูแลคู่สมรส การเผชิญโรคร้าย การพึ่งพิง พยาบาลผู้ซึ่งต้องช่วยผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้เข้าใจผลกระทบเหล่านี้ พยายามเปลี่ยนความสนใจของผู้สูงอายุกระตุ้นให้ทำกิจกรรมและสร้างสัมพันธภาพ ส่งเสริมสนับสนุนทางสังคมให้ครอบครัวได้ดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นแนะนำการเข้ากลุ่มในสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ

1.4 พยาบาลต้องเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นผลจากการเจ็บป่วยต่างๆ ในผู้สูงอายรรวมทั้งผลข้างเคียงของยา

2. ตรวจพบภาวะซึมเศร้าตั้งแต่แรก

พยาบาลได้ตระหนักถึงผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า โดยแบบทดสอบวัดระดับความซึมเศร้า The Beck Depression Inventory (BDI) ซึ่งใช้วัดระดับความซึมเศร้ากับประชากรทั่วไปที่ใช้ในงานวิจัยแบบทดสอบ BDI ใช้วิธีการวัดแบบให้ผู้รับการทดสอบประเมินตนเองมีค่าความเชื่อมั่นแบบแบ่งครึ่ง (split-half reliability) 0.9 และมีความเชื่อมั่นแบบสอบซ้ำ

(test-retest reliability) 0.75 (Beck et al., 1961, 561-571) แบบประเมินนี้ใช้กับผู้สูงอายุที่อ่านออกเขียนได้ ไม่มีอาการแสดงชัดเจนของความเจ็บป่วย ทางด้านร่างกายหรือด้านจิตใจ

3. ให้การพยาบาลในภาวะซึมเศร้า

พยาบาลให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสุขสบาย โดยการปรับประคับประคองและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ทำสิ่งใหม่ๆ เช่นรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน การได้มีปฏิสัมพันธ์ ส่งเสริมคุณค่าในผู้สูงอายุ ให้คำปรึกษาโดยสื่อสารให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าได้รับการดูแลอย่างไร สร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ ให้ความสนใจในการรับฟัง ปัญหาอย่างสงบเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่างๆ พยายามหาแนวทางในการปรับตัวต่างๆ

จากกรอบแนวคิดการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model) และ ภาวะซึมเศร้า (Beck's Cognitive Theory of Depression) ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะงานวิจัยที่สนับสนุนหรือยืนยันในความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มปัจจัย กับตัวแปรที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และงานวิจัยหรือวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตหลายด้าน และอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและเป็นปัญหาสำคัญคือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อม หากปัญหานี้ถูกละเลยหรือไม่ได้รับการรักษาหรือการแก้ไข อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายและอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงจากระบบการสูงอายุร่วมกับการเจ็บป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน เพื่อที่จะสามารถประเมิน และป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างเหมาะสม และไม่เกิดผลกระทบที่อาจเกิดตามมาจากการมีภาวะซึมเศร้า

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในตำบลคลองโยง อำเภอบางแพ จังหวัดนครปฐม

ลักษณะของสถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ชุมชนตำบลคลองโยง ตั้งอยู่ในอำเภอบางแพ จังหวัดนครปฐม มีพื้นที่รวมทั้งสิ้น 8,514 ไร่ ภูมิประเทศเป็นพื้นที่ราบลุ่ม มีลำคลองไหลผ่านหลายสายที่สำคัญ คลองทิวพัฒนา คลองโยง คลองตาซ้อย มีรูปแบบการปกครองแบบเทศบาลตำบล ตำบลคลองโยงมีจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด 8 หมู่บ้าน ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองโยง มีพื้นที่รับผิดชอบ 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1,5,6 มีจำนวนหลังคาเรือนทั้งสิ้น 1,007 ครัวเรือน จำนวนประชากรทั้งสิ้น 3,909 คน (ข้อมูลประชากรทะเบียนราษฎร์จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2553) ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม เช่น ทำสวน ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ รับจ้าง เช่น รับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม พนักงานบริษัท รับจ้างทั่วไป ค้าขาย รับราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ในสถานบริการมีกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข และประชากรส่วนใหญ่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองโยง 1

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองโยง 1 อำเภอบางแพ-

มณฑล จังหวัดนครปฐม และมีชื่ออยู่ในทะเบียนชชมรมผู้สูงอายุ มีจำนวนทั้งสิ้น 414 คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามานะ (รุจิรงค์ แอกทอง, 2549: 61) โดยมีสูตรดังนี้

$$N = \frac{N}{1+Ne^2}$$

$$n = \text{ขนาดของตัวอย่าง}$$

$$N = \text{ขนาดของประชากร}$$

$$e = \text{ความคลาดเคลื่อนเนื่องจากการสุ่มตัวอย่างในการวิจัย}$$

ครั้งนี้กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.5

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าสูตร} \quad n &= \frac{414}{1 + (414)(0.05)^2} \\ &= 203.43 \end{aligned}$$

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ควรใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ 203 ราย ดังนั้น

ในการวิจัยครั้งนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นผู้ที่สามารถมองเห็น ได้ยิน และสื่อสารได้
2. เป็นผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังนี้ (แสดงในแผนภูมิที่ 3)

1. กำหนดขนาดตัวอย่างที่ต้องใช้ในแต่ละหมู่บ้าน โดยการคำนวณจากขนาดตัวอย่งกับจำนวนผู้สูงอายุที่ได้ทั้งหมดของทุกหมู่บ้าน และจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน โดยใช้สูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2550: 182)

$$\text{ขนาดของตัวอย่างแต่ละชั้น} = \frac{n \times N_1}{N}$$

เมื่อ	N	หมายถึง	ขนาดของประชากรทั้งหมด
	n	หมายถึง	ขนาดตัวอย่างทั้งหมดของการวิจัย
	N ₁	หมายถึง	ขนาดของประชากรแต่ละชั้น

หมู่ที่ 1 บ้านคลองโยง จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 137 คน

$$\text{คำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนที่กำหนด} = \frac{137 \times 210}{414} = 69 \text{ คน}$$

หมู่ที่ 5 บ้านคอนทอง จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 126 คน

$$\text{คำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนที่กำหนด} = \frac{126 \times 210}{414} = 64 \text{ คน}$$

หมู่ที่ 6 บ้านคลองโยง จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 126 คน

$$\text{คำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนที่กำหนด} = \frac{151 \times 210}{414} = 77 \text{ คน}$$

2. กำหนดช่วงที่ใช้ในการสุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้าน โดยการคำนวณจากจำนวนประชากรทั้งหมด กับขนาดตัวอย่างที่ต้องการ โดยใช้สูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2550: 192)

$$I = N/n$$

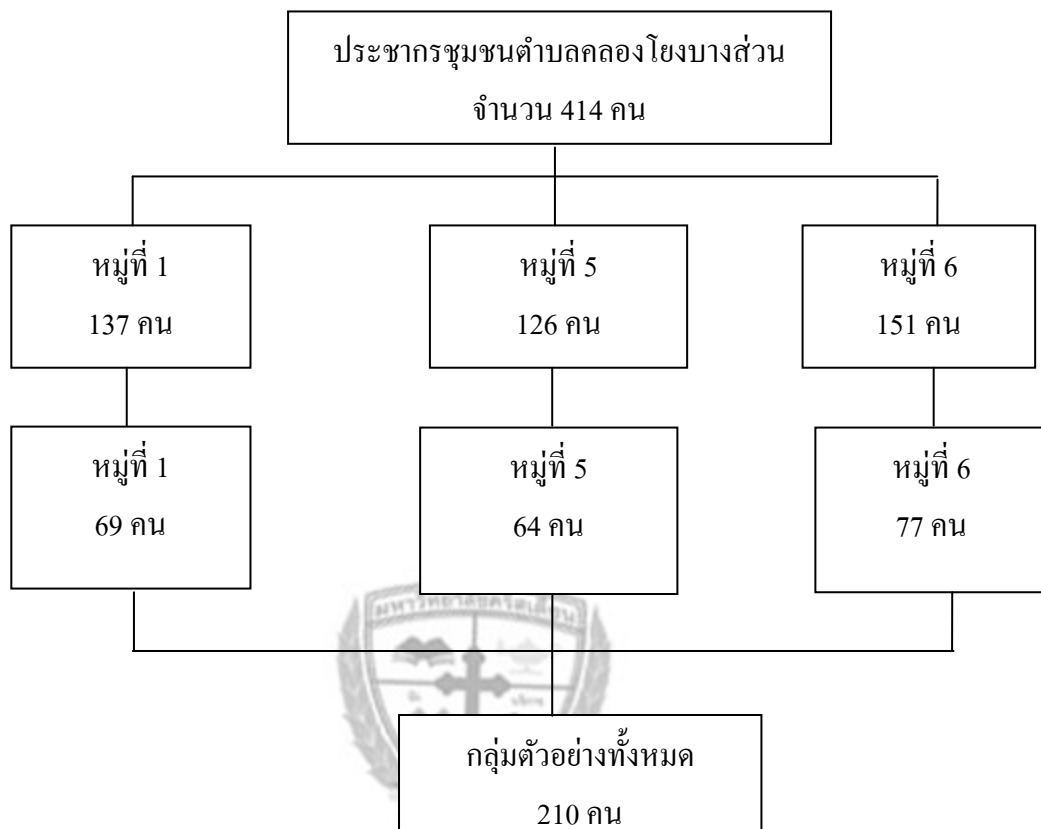
เมื่อ I หมายถึง ระยะเวลาที่ใช้ในการสุ่มตัวอย่าง
N หมายถึง ขนาดประชากร
n หมายถึง ขนาดตัวอย่าง

$$\text{แทนค่า } I = 414/210 = 1.97$$

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดช่วงที่ใช้ในการสุ่มเท่ากับ 2

3. สุ่มหมายเลขต้น จำนวน 1 หมายเลขโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากได้หมายเลขลำดับที่ 5 เป็นหมายเลขตั้งต้นสำหรับการสุ่มในแต่ละหมู่บ้าน

4. สุ่มตัวอย่างประชากรในทะเบียนชมรมผู้สูงอายุ ตามรายหมู่บ้านโดยการเลือกผู้สูงอายุที่มีชื่อในทะเบียนชมรมผู้สูงอายุ ลำดับที่ 5 เป็นหมายเลขตั้งต้น แล้วเลือกผู้สูงอายุหมายเลขที่บวกค่าช่วงที่ใช้ในการสุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ในข้อ 2 คือ 2 เป็นลำดับถัดไปในที่นี้คือหมายเลข 7, 9, 11.....จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้าน



แผนภูมิที่ 3 แสดงขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ปัญหาสุขภาพและลักษณะครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของ นุชรา ราชรักษ์ (2549: 84) โดยเป็นการประเมินความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่กลุ่มตัวอย่างกำลังเผชิญอยู่ลักษณะเป็นการประเมินค่า (Rating scale) จำนวน 1 ข้อ โดยให้ผู้สูงอายุบอกความรู้สึกเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนี้ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- 3 หมายถึง ระบุว่าในขณะนี้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงอยู่ในระดับมาก
- 2 หมายถึง ระบุว่าในขณะนี้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง
- 1 หมายถึง ระบุว่าในขณะนี้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงอยู่ในระดับน้อย
- 0 หมายถึง ระบุว่าในขณะนี้ความเจ็บป่วยไม่มีความรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจาก ชะโลม วิเศษโกสิน (2552: 50) รสสุคนธ์ เจืออุบลัมย์ (2553: 87) และ ภรภัทร อิ่มโอฐ (2550: 54) ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของฟริดแมน (Friedman, 1986) และมอร์โรว์และวิลสัน (Morrow and Wilson, 1961: 501-510) แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและสภาพความเป็นจริงมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและสภาพความเป็นจริงปานกลาง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและสภาพความเป็นจริงบ้างเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกและสภาพความเป็นจริง

การให้คะแนนพิจารณา ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	4 คะแนน
เห็นด้วย	ให้	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยใช้คะแนนรวมซึ่งมีช่วงคะแนนระหว่าง 16-64 คะแนนดังนี้

38-64 คะแนน	หมายถึง	สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี
27-37 คะแนน	หมายถึง	สัมพันธภาพในครอบครัวคืออยู่ในระดับปานกลาง
16-26 คะแนน	หมายถึง	สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม ในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยใช้แบบประเมินของดัชนีบาร์เทล (Barthel ADL Index) ซึ่งสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2537) แปลเป็นภาษาไทย แบบประเมินนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แบบวัดนี้ประเมินโดยผู้วิจัย และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

4.1 กิจกรรมการเดิน การเคลื่อนย้าย ประเมินเป็น 4 ระดับ

ระดับที่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้

ระดับที่ 1 คะแนน หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นอย่างมาก

ระดับที่ 2 คะแนน หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเล็กน้อย

ระดับที่ 3 คะแนน หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง

4.2 กิจกรรมการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และการใช้ห้องสุขา ประเมิน 3 ระดับ

ระดับที่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้

ระดับที่ 1 คะแนน หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นบ้าง

ระดับที่ 2 คะแนน หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง

4.3 กิจกรรมและสุขวิทยาส่วนบุคคล อาบน้ำ ประเมิน 2 ระดับโดย

ระดับที่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้

ระดับที่ 1 คะแนน หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง

การแปลผลคะแนน โดยใช้คะแนนรวมซึ่งมีช่วงคะแนนระหว่าง 0-20 คะแนน ดังนี้

0-8 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
อยู่ในระดับน้อย

9-11 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
อยู่ในระดับปานกลาง

12 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก The Beck Depression Inventory: BDI ซึ่งเป็นชุดแบบทดสอบที่สร้างโดยเบค และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยศิริวลี คำวลี (2545: 79-83) และต่อมารัตติมา ศิริโหราชัย (2551: 84-87) ได้นำแบบทดสอบที่แปลเป็นภาษาไทยมาปรับตัวเลือกตอบร่วมกับแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546: 21) แบบทดสอบนี้มีจำนวนคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

รู้สึกซึมเศร้าเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของตนเองเป็นประจำ

รู้สึกซึมเศร้าบ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของตนเองเป็นบ่อยครั้ง

รู้สึกซึมเศร้าเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของตนเองเป็นบ้างเป็นบางครั้ง
ไม่เคยรู้สึกซึมเศร้า การให้คะแนนพิจารณาดังนี้	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกตนเอง
ไม่เคยรู้สึกซึมเศร้า	ให้	0 คะแนน
รู้สึกซึมเศร้าบางครั้ง	ให้	1 คะแนน
รู้สึกซึมเศร้าบ่อยครั้ง	ให้	2 คะแนน
รู้สึกซึมเศร้าเป็นประจำ	ให้	3 คะแนน
การแปลผลคะแนน โดยใช้คะแนนรวม ซึ่งมีช่วงคะแนนระหว่าง 0-63 คะแนน ดังนี้		
0-13 คะแนน	หมายถึง	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
14-20 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ
21-26 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง
27 คะแนนขึ้นไป	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

Christian University of Thailand

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเอง/เครื่องมือที่ดัดแปลงมาจากผู้อื่น โดยศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือให้เหมาะสมกับสิ่งที่จะวัด กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาโดยนำทฤษฎีและข้อมูลต่างๆที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมวางกรอบเนื้อหาที่ต้องการค้นหาสร้างแบบสอบถาม ซึ่งการตรวจสอบแบบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดย การหาความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

การทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้สร้างและพัฒนาขึ้นให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบของแบบสอบถาม โดยการหาค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบทดสอบวัดระดับความซึมเศร้า แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ดังนี้

จิตแพทย์	1 ท่าน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านสุขภาพจิต	2 ท่าน
อาจารย์พยาบาล	1 ท่าน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	1 ท่าน

จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด มีค่าเท่ากับ 1 ดัชนีความสอดคล้อง (Index of item object congruence: IOC) มีค่าเท่า 1 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะทั้งหมด มาปรับปรุงแก้ไข และตรวจสอบข้อคำถามกับผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง เพื่อให้มีความสมบูรณ์ชัดเจนก่อนนำไปทดลองใช้

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ใช่ ผู้สูงอายุที่ได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันในเนื้อหาของแต่ละข้อคำถาม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ และคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีสูตรดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

α = คือค่าความสอดคล้องภายใน

n = คือจำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม

$\sum S_i^2$ = คือผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

S_t^2 = คือความแปรปรวนของคะแนนรวม

ผลการตรวจสอบเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ (ภาคผนวก จ)

การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีค่าความเชื่อมั่น = 1.0

ความซึมเศร้ามีค่าความเชื่อมั่น = 0.88

สัมพันธภาพในครอบครัวมีค่าความเชื่อมั่น = 0.78

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยผ่านทางผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ของ

กลุ่มตัวอย่าง โดยการติดต่ออย่างเป็นทางการและนำส่งจดหมายเพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล จาก มหาวิทยาลัยคริสเตียน เมื่อได้รับการอนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์อย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรในหน้าแรกของแบบสอบถาม การวิจัย โดยบอกวัตถุประสงค์ในการตอบข้อคำถามให้ความกระจ่าง อธิบายประโยชน์เกี่ยวกับการ เข้าร่วมการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ และดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เซ็นชื่อ ในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ได้ตลอดเวลา จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไว้เป็นความลับ และอยู่ในที่ที่ปลอดภัย

4. วิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวมโดยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และไม่นำข้อมูล หรือความลับของกลุ่มตัวอย่างมาเปิดเผยหรือเสนองานวิจัยเป็นข้อมูลรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด โดยมี ขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความอนุเคราะห์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการ เก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้าก่อนไปเก็บข้อมูลอย่างน้อย 1 สัปดาห์ และผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือใน การสัมภาษณ์ พร้อมทั้งอธิบายคำถามและคำตอบอย่างละเอียด

4. ผู้วิจัยอ่านข้อความในแบบสอบถามแต่ละชุดให้กลุ่มตัวอย่างและตอบที่ละข้อคำถาม จนครบหมดทุกชุดของเครื่องมือ

5. หากกลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมหรือรู้สึกลำบากใจในการตอบแบบสอบถามต่อไปสามารถ ยุติการให้ข้อมูลได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ในระหว่างสอบถามผู้ตอบมีอิสระในการตัดสินใจเลือกที่จะตอบ หรือไม่ตอบก็ได้ รวมทั้งสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ และขอข้อมูลกลับได้ ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล

6. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามซักถามและอธิบายเพิ่มเติมจนกว่าผู้ตอบแบบสอบถามจะเข้าใจ และให้เวลาผู้ตอบแบบสอบถามในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจ

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถามทุกชุด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาประมวล จัดระเบียบข้อมูล ลงรหัส และนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บข้อมูลได้ครบตามจำนวนที่ต้องการแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำข้อมูลมาจัดระเบียบด้วยการแยกประเภทข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ ด้วยเครื่องมือคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษา อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยการหาค่าความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอข้อมูลในรูปแบบของตาราง

2. ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจกรรม และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ เพียร์สัน (Pearson product moment correlation)

3. วิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่ดีที่สุด ที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนตำบลคลองโยง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม โดยกลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองโยง อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม จำนวน 210 ราย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2555 ผลการศึกษาได้นำเสนอรายละเอียดด้วยตาราง มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย

ส่วนที่ 3 สัมพันธภาพในครอบครัว

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ส่วนที่ 5 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัวและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์อำนาจการทำนายของ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ อาชีพ และลักษณะครอบครัว (n = 210)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	66	31.40
หญิง	144	68.60
อายุ (ปี)		
60-69 ปี	124	59.05
70-79 ปี	67	31.90
80 ปีขึ้นไป	19	9.05
\bar{x} =68.90 ปี, S.D.=7.52ปี, Max=94 ปี, Min =60 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	8	3.80
คู่	117	55.70
หม้าย/หย่า/แยก		
ระดับการศึกษา	85	40.50
ไม่ได้ศึกษา	36	17.10
ประถมศึกษา	156	74.40
มัธยมศึกษา	13	6.20
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	4	1.90
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	1	0.40
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	178	84.80
5,001-15,000 บาท/เดือน	29	13.80
มากกว่า15,001 บาท/เดือน	3	1.40

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ อาชีพ และลักษณะครอบครัว (n=210) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งที่มาของรายได้		
บุตรหลาน	65	30.96
ญาติพี่น้อง	1	0.50
ค่าเช่า	3	1.42
เงินบำนาญ	4	1.90
ทำงานเอง	104	49.52
อื่นๆ	33	15.70
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	100	47.62
รับจ้าง	33	15.72
ค้าขาย	16	7.62
เกษตรกร	61	29.04
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	150	71.40
ครอบครัวขยาย	60	28.60

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.60 อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.05 มีอายุเฉลี่ย 68.90 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.52 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 55.70 รองลงมาเป็นสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 40.50 ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 74.40 มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 84.80 และแหล่งที่มาของรายได้มาจากการ ทำงานเองมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 49.50 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่พบว่าไม่ประกอบอาชีพ รองลงคือประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 29.04 และลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 71.40

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย (n=210)

ระดับการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงอยู่ในระดับมาก	12	5.70
ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง	117	55.70
ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงอยู่ในระดับน้อย	50	23.80
ความเจ็บป่วยไม่มีความรุนแรง	31	14.80

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงอยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55.70 รองลงมาคือความเจ็บป่วยมีความรุนแรงอยู่ในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 23.80 มีเพียงร้อยละ 5.70 รับรู้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 สัมพันธภาพในครอบครัว

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสัมพันธภาพในครอบครัว (n=210)

ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี	199	94.76
สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง	10	4.76
สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี	1	0.48

ตารางที่ 3 พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็น ร้อยละ 94.76 รองลงมาคือมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 4.76 และมีเพียงร้อยละ 0.48 ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (n=210)

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับมาก	204	97.14
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง	3	1.43
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับน้อย	3	1.43

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 97.14 มีเพียงร้อยละ 1.43 ที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลางและระดับน้อย

ส่วนที่ 5 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความซึมเศร้า (n=210)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	85	40.48
มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ	78	37.14
มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง	36	17.14
มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง	11	5.24

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 40.48 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยร้อยละ 37.14 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 17.14 และมีระดับภาวะซึมเศร้าสูงร้อยละ 5.24

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (n=210)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	
	Eta	p
เพศ	.025	.717
สถานภาพสมรส	.168	.052

* p-value<.05, ** p-value<.01

จากตารางที่ 6 พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (n=210)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	
	r	p
อายุ	.098	.157
การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย	.258	.001
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.442	.001
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-.393	.001

* p-value<.05, ** p-value<.01

จากตารางที่ 7 พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.258$, $p=.001$) และพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัว และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับ

ภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-.442$, $-.393$, $p = .001$, $.001$ ตามลำดับ) แต่พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์อำนาจการทำนายของ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวแปรทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยวิธีการวิเคราะห์พหุคูณแบบขั้นตอน ($n=210$)

ตัวแปรทำนาย	b	Beta	t	p
การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย	1.552	.161	2.590*	.010
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	-1.009	-.322	-5.130**	< .001
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.378	-.370	-6.070**	< .001
Constant (a) = 58.198	R square = .319			
Adjusted R square = .299	F = 15.881 p = < .001			

* $p < 0.05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 8 ในการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบมีขั้นตอน เพื่อทดสอบอำนาจการทำนายของตัวแปรต้นทั้งหมด 6 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่าตัวแปรที่เข้าสมการทำนายเรียงตามลำดับดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 31.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 ($R^2 = .319$, $p < .001$) ดังนั้นจึงสามารถสร้างสมการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังนี้

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ = $58.198 + 1.552$ (การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย) - 1.009 (ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน) - $.378$ (สัมพันธภาพในครอบครัว)

จากสมการนี้แสดงว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นเชิงบวก ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอย เท่ากับ 1.552 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนการรับรู้ ความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้น เท่ากับ 1.552 หน่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัย ที่มีอิทธิพลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นเชิงลบและมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอย เท่ากับ -1.009 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะลดลง เท่ากับ 1.009 หน่วย สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัย ที่มีอิทธิพลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยมีความ สัมพันธ์เชิงเส้นเชิงลบและมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอย เท่ากับ -.378หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพิ่มขึ้น 1 หน่วย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะลดลง เท่ากับ .378 หน่วย และสามารถสร้างสมการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z \text{ (ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ)} = .161 \text{ (Zการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย)} - .322 \text{ (Zความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน)} - .370 \text{ (Zสัมพันธภาพในครอบครัว)}$$

Christian University of Thailand

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุและหา
อำนาจการทำนายโดยปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ
สถานภาพสมรส การรับรู้ความรุนแรง ของความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
และสัมพันธภาพในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลคลองโยง1 ตำบลคลองโยง อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดนครปฐม จำนวน 210 ราย วิเคราะห์
โดยใช้สถิติเชิงบรรยายด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การศึกษา
ความสัมพันธ์ใช้สถิติสหสัมพันธ์ ของ เพียร์สัน และ สถิติ Eta โดยศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะ
ซึมเศร้า

ผลของการศึกษาสามารถอธิบายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐาน โดยมี
รายละเอียดดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลคลองโยง

จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุใน ชุมชนคลองโยง มีผู้ซึมเศร้าร้อยละ 59.52 โดยมีระดับ
ซึมเศร้านี้ ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 40.48 ซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 37.14 ซึมเศร้าปานกลาง
ร้อยละ 17.14 และซึมเศร้ามากร้อยละ 5.24 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษา ของเพ็ญศรี หลินสุวรรณที่
ศึกษาผู้สูงอายุแขวงรองเมือง (กรุงเทพมหานคร) 350 รายพบว่าผู้ซึมเศร้าร้อยละ 22.0 กับการศึกษา
ของ กนกรัตน์ สุชะตุงคะ และคนอื่นๆ (2542: 235) ใช้แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)
ศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนเมือง (กรุงเทพมหานคร) 370 ราย และชุมชนชนบท (ระนอง, บุรีรัมย์)
682 ราย เป็นผู้สูงอายุ 1,052 ราย พบว่าผู้สูงอายุชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และรวมสองชุมชนมีความ

ชุกของความซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 35.1 และ 24.1 ตามลำดับ จากการศึกษาของ อับดุลฮาติม (Abdulhalim, 1991: 83) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่อำเภอท่าตูมจังหวัดสุรินทร์ โดยใช้แบบสอบถาม QD2 และใช้คะแนนที่ 37 จาก 52 เป็นตัวแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้า และไม่มี ความซึมเศร้า พบความชุกของความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 39.9 จากการศึกษาของ เร็ตตี (Retty, 1992: 71) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่ชุมชนดินแดงกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถาม QD2 และใช้คะแนนที่ 22 จาก 52 เป็นตัวแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้าและไม่มี ความซึมเศร้า พบความชุกของความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 38.0

การที่ระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุแตกต่างกันไปในแต่ละงานวิจัยที่กล่าวมานั้นอาจ เนื่องจาก เกณฑ์ในการกำหนดของกลุ่มอายุของกลุ่มตัวอย่างและการใช้เกณฑ์ ในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ซึมเศร้าและไม่ซึมเศร้านั้นก็ต่างกันไป ไม่ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานไว้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัดความซึมเศร้าที่พัฒนาและปรับตามแนวคิดของ เบค (Beck, 1961: 561)

วัตถุประสงค์ที่ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้าน อายุ เพศ และสถานภาพสมรส กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลคลองโยง

Christian University of Thailand

สมมติฐานข้อ 1 อายุ เพศ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

อายุ ผลการวิจัยพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุ ($r=.258$, $p=.001$) จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า นั่นคือความผันแปรของอายุไม่สอดคล้องกับคะแนนภาวะซึมเศร้า หมายความว่า ถ้าผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นจะไม่จำเป็นต้องมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 59.05 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี เกือบครึ่งหนึ่งร้อยละ 49.52 มีแหล่งที่มาของรายได้จากการทำงานเอง แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างยังคงมีร่างกายแข็งแรงเพียงพอที่จะทำงานและพึ่งตนเองได้ กอปรกับสถานที่ศึกษาเป็นชุมชนที่สิ่งแวดล้อมทางสังคมไม่ซับซ้อน ค่าครองชีพไม่สูงนัก ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าความสูงวัยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สังคม ค่อนข้างน้อยจึงแทบไม่มีผลต่อการปรับตัวซึ่งที่นี้คือภาวะเครียด ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบของซัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) เกริกชัย พิชัย (2546) พิมพ์พรรณ ภูรุ่งเรืองผล (2548) และการศึกษาของกาญจนา กิริยางาม (2553) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมาโนช ทับมณี (2541) ซึ่งพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กนกรัตน์ สุขะตุงคะ และคณะ (2542: 235)

เพศ ผลการวิจัยพบว่า เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิด ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบแล้วจะพบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า เพศหญิงมีหลายบทบาทและหน้าที่ (multiple roles) ที่อาจทำให้เพศหญิงเกิดความเครียด รวมไปถึงการที่เพศหญิงมีความเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Patten & Barbu, 2004; 73) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เลขทิเนน และ จอกามา (Lehtinin & Jeukamaa, 1994: 7-10) ที่พบว่าโรคซึมเศร้าพบ ความชุกได้มากในเพศหญิง โดยจะพบเป็น 2 เท่าของเพศชาย จากการศึกษาของจตุพร โนโซติ (2547) พบว่าเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นภาพร ชโยวรรณ และคนอื่นๆ (2532: 85) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทางใจมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย กมลิน ศาตรา (253: 80) และคนอื่นๆ (Dean, et.al., 1990: 154) และเร็ตตี (Retty, 1992: 72) โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย จากการศึกษาของลำเนาว์ เรืองยศ (2535) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงในเขตอำเภอแมริมจังหวัดเชียงใหม่ มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของกมลลิน ศาตรา (2531) ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศชายในสถานสงเคราะห์คนชรารบ้านธรรมปกรณ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แตกต่างกับการศึกษาของโคว์นิกและคณะ (Koenig et al., 1993) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะพบมากขึ้นในเพศหญิง และการศึกษาของกนกรัตน์ สุขตุ่งคะและคณะ (2542) ที่พบว่าผู้สูงอายุทั้งที่อยู่ในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง เพศหญิงจะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย และจากการศึกษาของเซเคลี เบน โค วาร์กา และเมซซารอส (Szekely, Benko, Varga, & Meszaros, 2001) ในผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำนวน 74 ราย พบว่าเพศหญิงมีระดับของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาเพ็ญศรี หลินสุนนท์ (2543) ศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ พบว่าความซึมเศร้าของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับเพศ

สถานภาพสมรส ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง มีสถานภาพสมรสคู่ และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ซึ่งบ่งชี้ว่าลักษณะสังคมไทยยังคงเป็นครอบครัวขยาย ซึ่งมีลักษณะเกื้อกูลกัน คู่สมรสเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดมากที่สุดและเป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะการสนับสนุนด้านจิตใจ ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาซึ่งพบว่าสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (ทศนีย์ เกริกกุลธร, 2536) การมีคู่สมรสทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกละโดดเดี่ยวมีที่พึ่ง มีคนเอาใจใส่ให้ความช่วยเหลือให้ความเห็นอกเห็นใจ และเป็นคู่คิดที่

ปรึกษาเป็นการช่วยส่งเสริมการปรับตัวที่ดีด้านจิตใจ จากการศึกษาของเปรมฤดี ศรีราม (2539) และทัศนีย์ เกริกกุลธร (2536) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว และการศึกษาการสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ (รุ่งทิพย์ แปงใจ, 2542) พบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหม้าย หย่า แยก ร้อยละ 40.50 (ตารางที่ 1) การเป็นหม้ายทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ไร้คู่คิด ขาดที่ปรึกษา ขาดคนดูแลเอาใจใส่ ทำให้เกิดความเหงา ว้าเหว่ ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาของ ธิดา มีศิริ (2540) ที่ศึกษาความหว้าเหว่ของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า แยก มีความหว้าเหว่สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งความหว้าเหว่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้สูงอายุ การศึกษาของเมอร์เรล และคนอื่นๆ (Murrell, et al .,1983: 173-185) ศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของ โดยผู้ที่เป็น โสดหรือผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีความซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่เป็นหม้าย หย่า หรือ แยก เร็ตตี้ (Retty,1992: 72) ศึกษาความชุกของความซึมเศร้าและปัจจัยสัมพันธ์ในผู้สูงอายุดินแดงกรุงเทพมหานครพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่ใช่คู่มีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่สถานภาพสมรสคู่ และเพ็ญศรี หลินสุวรรณนท์ (2543) ศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ พบว่า ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ซึ่งบ่งชี้ว่าลักษณะสังคมไทยยังคงเป็นครอบครัวขยาย ซึ่งมีลักษณะเกี่ยวเนื่องกัน รวมถึงสถานภาพสมรสยังเป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานะระบบของครอบครัว และเป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม รวมถึงเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญถึงแรงสนับสนุนทางสังคม (สิริสุดา ชาวคำเขต, 2545; Hanucharunkul, 1989) ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้

วัตถุประสงค์ที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สมมติฐานข้อที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย

ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หมายถึง หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยในระดับสูงก็จะมีภาวะความซึมเศร้าในระดับสูง ในทางตรงกันข้ามการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำก็จะมีภาวะความซึมเศร้าในระดับต่ำ ดังนั้น หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งแตกต่างไปในแต่ละบุคคลและขึ้นกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุและจะมีผลทำให้มีผลต่อการปรับตัวต่อความเครียดต่างๆ ได้ หากมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมหรือผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าวได้ และมองว่าหมดหนทางช่วยเหลือหากไม่ได้รับการแก้ไขเมื่อเวลาผ่านไป ก็จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Seligman, 1981) ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน มีพยาธิสภาพหลายระบบ (Cremens & Langan, 2004) อาการและอาการแสดงอาจไม่เฉพาะเจาะจงเหมือนกลุ่มอื่นเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย มีการฟื้นฟูช้า ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและใช้ระยะเวลาอันยาวนานมากขึ้น ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองต้องพึ่งพามุบุคคลอื่นทำให้เกิดความวิตกกังวล (ยุพิน และคณะ, 2547; วิไลวรรณ 2545; พูลสุข, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของมาร์ติน และคณะ (Martin et al., 2003) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในแผนกอายุรกรรม กับความรุนแรงของการเจ็บป่วย พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล โดยผู้ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากจะมีความวิตกกังวลสูง แต่ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่ได้รับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคน้อยจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของลิ และคณะ (Li et al., 2003) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ามากที่สุดคือการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการศึกษาของ สรวุฒิ พิมพาภรณ์ และสุวรรณิ เรื่องเดช (2540) พบว่าการมีโรค ทางกายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัดเจน จันทรพัฒน์

(2543) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพที่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความไม่สุขสบายซึ่งผลการวิจัยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่ามีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 21 มีผลต่อบุคคลอ่อนแอ คิดถึงอันตรายที่จะเกิดต่อไป ไม่สามารถทำหน้าที่ได้สมกับบทบาท ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี และสรวุฒิ สังข์ศรี และคณะ (2540) พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรม มีภาวะซึมเศร้าบ่อยกว่าประชากรทั่วไป 10 เท่า และกาญจนา กิริยางาม (2553) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม ผลการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้าร้อยละ 79 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย โดยพบว่า เพศชายมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศหญิง การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยสำคัญ ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทาง อายุรกรรม

แม้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 55.70 แต่เป็นเพียงความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งลักษณะการเจ็บป่วยที่แท้จริงหรือพยาธิสภาพของโรคอาจไม่ได้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากโรคหรือความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย การวิจัยครั้งนี้พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r=.258, p=.001$)

Christian University of Thailand

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความซึมเศร้า ซึ่งหากผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับสูงก็จะมีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ ในทางตรงกันข้ามหากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับต่ำก็จะมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง จากผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยไม่ว่าเป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรังโดยไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจ การช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือถูกจำกัดกิจกรรมทำให้ต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่นในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ยุพิน และคณะ, 2547) บุคคลต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทจากที่เคยกระทำมาเป็นบทบาทผู้ป่วย (รับคำสั่งปฏิบัติตามคำสั่งผู้อื่น) ส่งผลให้ต้องเปลี่ยนแปลงลักษณะกิจวัตรประจำวัน

การที่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีอิทธิพลต่อความซึมเศร้า ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างในการการศึกษารุ่นนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องพึ่งพาคบุคคลอื่นน้อยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-.393, p=.001$)

สัมพันธภาพในครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีอิทธิพลทางลบกับความซึมเศร้า ซึ่งหากผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับสูงก็就会有ความซึมเศร้าระดับต่ำ ในทางตรงกันข้ามหากมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำก็就会有ความซึมเศร้าในระดับสูง ผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้เกือบทั้งหมดมีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับดีมาก และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน/คู่สมรส ซึ่งสังคมไทยถือว่าเป็นครอบครัวขยาย และมีความช่วยเหลือเกื้อกูล ให้ความเคารพสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน สัมพันธภาพเป็นความสัมพันธ์หรือความผูกพันอันเกิดจากความรู้สึกของจิตใจของบุคคลนั้นๆ ที่พึงปฏิบัติต่อกัน เช่น การให้ความรัก ความห่วงใยอาทร การเคารพซึ่งกันและกัน เป็นต้น เพราะการสัมพันธภาพที่ดีเป็นปัจจัยทางด้านจิต สังคมที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตสังคมที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ที่มั่นคง รู้สึกอบอุ่น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาหรือความเครียด และการปรับตัวในด้านต่างๆ (บุญศรี นุกฤต, 2545: 171-172) หากผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพไม่ดีก็อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535: 236) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง ปราโมทย์ ว่างสะอาด (2530, 97) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายหรือมีความสำคัญสูงสุดกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีก็จะมีสุขภาพจิตดีไปด้วย สุกัญญา โรจน์ประเสริฐ (2541: 77) ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดลพบุรี ในผู้สูงอายุ 367 คน พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพจิต และกนกรัตน์ สุขะตุงคะและคณะ (2542 : 236) ศึกษาพบว่าความสัมพันธ์กับลูกหลานมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุทั้งในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง การศึกษาของ กาญจณี สิทธิวงศ์และคณะ (2539) พบว่าสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลของครอบครัว และจากการศึกษาของ ศิริชัย คาริกานนท์และคณะ (2539) พบปัจจัยทางจิตสังคมของผู้สูงอายุกับภาวะซึมเศร้าคือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าที่มีการทะเลาะวิวาทกันบ้าง และสมาชิกในครอบครัวปรองดองกันดี ผู้สูงอายุที่ไม่ปรึกษาใครเก็บไว้คนเดียวเมื่อมีปัญหาภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ปรึกษาญาติพี่น้องหรือคนอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ เชาววังและเกรศพรหมดี (2544) ที่พบความสัมพันธ์ของบุคคลภายในครอบครัวเป็นปัจจัย ทางจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมี

ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -0.422 กล่าวคือ สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.442, p = .001$)

วัตถุประสงค์ที่ 3 ศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรที่สามารถในการทำนายความซึมเศร้า ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัวซึ่งสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้า ได้ร้อยละ 31.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 ($R^2 = .319, p < .001$) ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคล ด้าน อายุ เพศ และสถานภาพสมรส ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้

จากการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ มี 3 ตัวแปร ได้แก่การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสัมพันธภาพในครอบครัวที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและสามารถอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 31.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 ($R^2 = .319, p < .001$) ทั้งนี้สามารถอธิบายว่าเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก็จะมีผลต่อภาวะซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยเป็นตัวแปรแรกที่ถูกเลือกเข้าสมการ มีอิทธิพลทางบวกกับภาวะซึมเศร้า กล่าวคือเมื่อกลุ่มตัวอย่างประเมินว่าอาการเจ็บป่วยที่ตนประสบอยู่มีความรุนแรง ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจต่อภาวะซึมเศร้าในระดับสูง แต่หากรับรู้ว่าอาการเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ไม่รุนแรงก็ย่อมส่งผลให้ระดับความซึมเศร้ามลดต่ำลง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นตัวแปรที่สองที่ถูกเลือกเข้าสมการมีอิทธิพลทางลบกับภาวะซึมเศร้าซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้เพิ่มขึ้น กล่าวคือ หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องพึ่งพามนุษย์คนอื่นเป็นส่วนใหญ่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจเกิดภาวะซึมเศร้าแล้วการเป็นภาระแก่ลูกหลานหรือบุคคลอื่นๆ และสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นตัวแปรสุดท้ายที่ถูกเลือกเข้าสมการแสดงอิทธิพลทางลบกับภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกอบอุ่น

ไม่กังวลใจ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปราโมทย์ วังสะอาด (2530: 97) พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายหรือมีความสำคัญสูงสุดกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดีก็จะมีสุขภาพจิตดีไปด้วย สุกัญญา โรจน์ประเสริฐ (2541: 77) ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดลพบุรี พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพจิต สำหรับกาญจนา ไทยเจริญ (2543) ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชลบุรี พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 32 โดยสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสูงสุด การวิจัยครั้งนี้พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -.422 กล่าวคือ สัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=-.442, p=.001$)

ผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุแม้จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลื่อม ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าแล้วการทราบถึงการปรับตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จะช่วยให้ทราบข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับภาวะซึมเศร้า และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เกิดความพึงพอใจในชีวิต สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงทำให้บุคคลต้องปรับตัว เพื่อสนองตอบต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม โดยศึกษาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุ ในตำบลคลองโยง จังหวัดนครปฐม จำนวน 210 ราย โดยใช้การสุ่มอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ทำการเก็บข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2555 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบไปด้วย แบบสอบถามข้อมูลทางประชากร แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

จากการนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ข้อมูลประชากรของผู้สูงอายุ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว โดยใช้สถิติหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Peason's product moment correlation coefficient) และอำนาจการทำนายปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้า โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.60 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.05 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.90 กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำสุดคือ 60 ปี อายุมากที่สุด 94 ปี มีอายุเฉลี่ย 68.90 ปี มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 55.70 รองลงมาคือ หม้าย หย่า แยก คิดเป็นร้อยละ 40.50 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 51.10 และไม่จบประถมศึกษา 23.30 รายได้เฉลี่ยของตนเองส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 84.80 แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ทำงานเอง คิดเป็นร้อยละ 49.52 ตามลำดับ และมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 71.40

1. ระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนตำบลคลองโยง คิดเป็นร้อยละ 59.52

2. ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ระดับของความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55.70 รองลงมา ระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 23.80

3. ปัจจัยด้านการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองได้ มาก คิดเป็นร้อยละ 97.14 มีระดับที่ต้องพึ่งพาคัดอื่นเล็กน้อย และพึ่งพาคัดอื่นปานกลางคิดเป็นร้อยละ 1.43

4. ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ดีมากคิดเป็นร้อยละ 94.76 รองลงมาคืออยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 4.76 และอยู่ในระดับไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 0.48 ตามลำดับ

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้าน อายุ เพศ สถานภาพสมรส การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า เพศ อายุ และสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและพบว่าระดับการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.258$, $p=.001$) และพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัว และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-.442$, -0.393 , $p=.001$, $.001$ ตามลำดับ

6. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนาย พบว่า ในการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ของปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความ

รุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว ที่มีอิทธิพลต่อการทำนายภาวะซึมเศร้าได้ รวมจำนวนตัวแปรทั้งหมด 4 ตัวแปร ตัวแปรที่สามารถอธิบายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ มี 3 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 31.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 ($R^2=0.319$, $p<0.001$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและจัดทำโครงการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โยคะเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจากการศึกษาครั้งนี้ นำปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการดูแลและป้องกันและแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

1. ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความซึมเศร้า ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าใช้เวลาไม่นานในการประเมินประมาณ 20 นาที

2. ส่งเสริม สนับสนุนสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยพยาบาลควรเข้าไปส่งเสริมสัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับครอบครัว และควรส่งเสริมให้บุตรหลานและสมาชิกในครอบครัวให้การดูแล หรือมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการส่งเสริมเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับครอบครัว โดยมีพยาบาลคอยดูแลและให้กำลังใจทั้งผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว

3. ทีมสุขภาพควรประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากการให้ข้อมูลที่ดียังช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ที่ถูกต้องไม่เกินความเป็นจริงและสามารถลดการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

4. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการช่วยเหลือตนเอง ฟันฟูให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองลดการ

พึงพบบุคคลรอบข้าง เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจและจิตใจที่เข้มแข็ง

ด้านการบริหาร ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายและการวางแผนโครงการต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ-สุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติและมีความสุข
2. ศึกษาเชิงทดลองเพื่อศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสัมพันธภาพกับครอบครัว ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและครอบครัว



Christian University of Thailand

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กนกรัตน์ สุชะตุละ และคณะ. (2542). ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบท และชุมชนเมือง. *สารศิริราช*, 51(4), 232-243.

กมลีน สาตรา. (2531). ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุศึกษาในกรณีผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เกริกชัย พิชัย. (2546). ความสุขของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (2546). *มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเล่มที่ 2*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัย-ธรรมศาสตร์.

กาญจนา กิริยางาม. (2553). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กาญจนา ฟุ้งไพศาล. (2539). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองกำแพงเพชร อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กาญจนา ไทยเจริญ. (2544). ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

จารุวรรณ เหมะธร, สมใจ ทุนกุล, จรรยา เสี่ยงเสนาะ, และสุลี ทองวิเชียร. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 11(1), 49-56.

- ชลลดา ภักดีประพฤทธิ, และคณะ. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยทางครอบครัวกับการได้รับการตอบสนองจากครอบครัวตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุในเขตเมืองของกรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์: 29 (1), 31-39.
- ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชมกฤษ บวรวิทย์เลิศ. (2548). ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์ขันในวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชโลม วิเศษโกสิน. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้ดูแลที่เป็นญาติ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้า รักษาหายได้. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- ทิพาภรณ์ เกษตรสินธุ์. (2551). ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์ขันในผู้สูงอายุ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทวี ตั้งเสรี และคณะ. (2546). การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ทัศนีย์ เกริกกุลธร. (2536). การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธรรมรจจา อุดม. (2547). ประสิทธิภาพของโปรแกรมนันทนาการ โดยการเล่นอังกะลุงในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสูงอายุบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นภาพร ชโยวรรณ และคณะ. (2532). ผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมและประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. รายงานวิจัย สถาบันประชากรศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชโยวรรณ. (2542). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ. จัดโดยคณะกรรมการดำเนินการจัดกิจกรรมประจำปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ ด้านวิชาการร่วมกับกรมประชาสงเคราะห์ สมาคมพุดตาวินทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย. โรงแรมปรีณซ์พาเลซ, กรุงเทพมหานคร.

- นภาพร วงศ์ใหญ่. (2542). *ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดพะเยา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นุชนาฏ ยูฮันเงาะ. (2546). การกระทำทารุณกรรมผู้สูงอายุในสังคมไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเลี้ยวเฉลิมพระเกียรติ*, 7(13), 43-50.
- นันทิกา ทวิชาดี และคณะ. (2533). การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 35(4), 195-203
- บุญศรี นุเกตุ. (2545). บทบาทและสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัวและชุมชนผู้สูงอายุในบุญศรี นุเกตุ และปาลีรัตน์ พรทวีภักธา (บก.). *การพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 167-188). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนดี-ไอ อินเทอร์เน็ต.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2544). *ผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน
- ปรีชา ศตวรรษธารัง และคณะ (2544). *การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต.
- ปรียาพร จันทรโอทาน, สมถักษณ์ กาญจนพงศ์สกุล, จงดี ชัยภักดิ์ และ อลิศา กุณฑบุตร (2541). *ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง*. *วารสารพยาบาลราชวิถี*, 9(3), 57-59
- พรพิมล อรุณรุ่งโรจน์. (2543). *การยอมรับคุณค่าและบทบาทผู้สูงอายุของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดพะเยา*. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรรณงาม พรรณเชษฐ์. (2545). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ*. เอกสารประกอบการสอนการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พลสุข เจนพานิชย์. (2546). การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 15(3), 12-19.
- เพ็ญศรี หลินสุวรรณนท์. (2543). *การศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. คณะศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์พรรณ ภู่อึ้งเรืองผล. (2548). *ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับข้าราชการที่เกษียณอายุในกองทัพเรือ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พวงผกา ชื่นแสงเนตร. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลตะวันตก จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภรภัทร อิ่มโอฐ. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- มาโนช ทับมณี. (2541). *ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุไทยในชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนาสูงอายุไทย. (2552). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2551*. กรุงเทพมหานคร : บริษัททีคิวพีจำกัด.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, กรรณิการ์ สุวรรณโคต, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, วัลลา ตันตโยทัย และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2547). *แนวคิดในการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุแบบองค์รวม*. ใน *มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (บรรณาธิการ)*, เอกสารประกอบการสอนชุดวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุหน่วยที่ 1-5. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, หน้า 1-91.
- เยาวลักษณ์ ปรปักษ์งาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตพันธ์. (บรรณาธิการ). (2549). *รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2549*. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2525). *พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทอักษรเจริญทัศน์จำกัด.
- รุจิราภรณ์ แอกทอง. (2549). *การปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- รัตติมา ศิริโหราชัย. (2551). *ผลของการทดลองใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบคเพื่อลดระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุบ้านบางแค*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- รสศุคณธ์ เจืออุปลัมย์. (2553). *ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์. (2547). *การพยาบาลผู้สูงอายุ:ปัญหาาระบบประสาทและอื่นๆ*, กรุงเทพมหานคร:
 บุญศิริการพิมพ์จำกัด.
- ลี เลอซี. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและการสนับสนุนทางสังคมของ
 ผู้ป่วยศัลยกรรม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุร-
 ศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วารกรณ์ ภูมิสวัสดิ์. (2548). *การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา*. ชุมชนสหกรณ์การเกษตร
 แห่งประเทศไทยจำกัด.
- วิภาวี เผ่ากันทรากกร. (2548). *ภาวะซึมเศร้าประสบการณ์การเจ็บทุกข์-พันทุกข์ของผู้หญิงอีสาน*.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิชาพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2545). *การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สรีรวิทยา จิตสังคมและจิตวิญญาณ*.
 ในจันทนา รณฤทธิวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ. *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่
 ที่ 1. กรุงเทพฯ : บุญศิริการพิมพ์. หน้า 51-82.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2533). *ตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของ
 ผู้สูงอายุไทย*. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 21(1), 1-24.
- _____. (2545). *จิตวิทยาพัฒนาทุกช่วงวัย เล่ม 2 วัยรุ่น-วัยสูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 8).
 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริวลี คำวะลี. (2545). *การทดลองใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาแนวปัญญานิยมตาม
 ทฤษฎีเบค (Beck) เพื่อลดระดับความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการ
 รักษาในหน่วยกามโรคและโรคเอดส์นางเลิ้ง*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพมหานคร.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2541). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็น
 การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล. (2551). *สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล*.
 กรุงเทพมหานคร, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล. (2554). *สารประชากร*, 16 1(1).

- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *คู่มือแนวทางการจัดตั้ง และดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 6.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2536). *มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่ม 2*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2547). *ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สรวิทย์ สังข์ศรี, พิมพ์ภรณ์ สังข์ศรี, และสุวรรณี เรืองเดช. (2540). การศึกษาอารมณ์เศร้า ในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 28(2), 1-11.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). *วิทยาการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 3-5.
- สุภาวดี พุฒิน้อย และคณะ.เทคนิค. (2547). *ผู้สูงอายุกับกิจกรรมบำบัด*. เชียงใหม่: คณะการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนันทา กลุ่มเพชร. (2545). *อิทธิพลของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองการมีส่วนร่วมในชุมชนและความต้องการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สายยนต์ เจริญจำ. (2535). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชนบท: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในเขตอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. 2555. *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบเอ็ด พ.ศ. 2555-2559*. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี: กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *ผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2554, จาก <http://service.nso.go.th/statplan/index.jsp/>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. *กลุ่มงานสุขภาพจิต*. พ.ศ. 2553
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2537). คุณค่าและการวิเคราะห์ปัจจัยของเจริแอทริกซ์ ดีเปรสชั่นสเกลในผู้สูงอายุไทย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 38, 383-389.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2543). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

- อรพรรณ ทองแดง. (2542). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *วารสารคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการ
การศึกษาฯ สหประชาชาติ*, 15, 86-89.
- อรพรรณ ลีอนุชวณิชชัย. (2543). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย:
กรุงเทพมหานคร.
- _____. (2545). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: บริษัทด้าน
สุธาการพิมพ์

ภาษาอังกฤษ

- Abdulhalim, A.A. (1991). *Prevalence and Associated Factor of Depression among the elderly
People in the Rural Area of Thailand*. A paper submitted in partial fulfillment of the
requirement of the Degree of Master of the Public Health. Mahidol University.
- Akiskal, H.S. (2000). *Mood disorders : Historical introduction and conceptual overview*. In B. J.
Sadock & V.A. Sadock (Eds.), In Kaplan & Sadock's comprehensive text of
psychiatry.(8th ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, pp.1559-1575
- Alexopoulos, G.S., Vrontou, C., Kakuma, T., Meyer, B.S., Yong, R.C. Klusner, E. et al. (1996).
Disability in geriatric depression. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 877-885.
- Anderson, S.V. & Bauwens, E.E. (1981). *Chronic Health problems concepts and application*
St. Louis: C.V. Mosby
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of
Mental disorders. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.*
- Beck, A.T., Rush, A.J. Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New
York: Guilford Press.
- Beck, D.A., & Koenig, H.G. (1996). Minor depression; A review of the literature. *Internal Journal
Psychiatry in Medicine*, 26(2), 177-209.
- Blazer, D., Burchett, B., Service, C., & George, L.K. (1991). The association of age and Depression
among the elderly : An epidemiologic exploration. *Journal of Gerontology*, 46, 210-
215.
- Burnside, I. M., (1994). Reminiscence and life review: Therapeutic intervention for older people.
Nurse Practitioner, 19(4), 55-61.

- Dean A., Kolody B.& Wood P. (1990). Effect of social support form various sources on depression in elderly person. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, (6), 148-161
- Friedman,M.M. (1986). *Family nursing:Theory and assessment*. New York., Appiton-Century Craftes.
- Hughes, C. (1997). *Depression and Mania in later life*. New York:Churchill living store.
- Jasmin, S., & Trygstad, L. (1979). *Behavioral concepts and the nursing process*. St. Louis, M.O: The C.V. Mosmy.
- Jones, E.D. (2003). Reminiscence therapy for older women with depression. *Journal of Gerontological Nursing*, July, 27-33
- Koenig, H.G. (1998). Depression in hospitalized older patients with cognitive heart failure. *General Hospital psychiatry*, 20, 29-43.
- Kurlowicz, L.H., & Facluty, N. (1997).Nursing standard of practice protocol: Depression in elderly patients. *Geriatric Nursing*, 18(5), 192-200
- Lehtinen ,V., Joukamaa, M. (1994). *Epidemiology of depression*. Acta Psychiatr Scand, 89, 7-10.
- Lueckneotte, A.G. (1996). *Gerontological nursing* .St Louis: Mosby.
- Li, H.C., Zheng, L. L., Teng, J. R.,& Shen, M.Y. (2003). Study on anxiety and depressive disorder of inpatients in general hospital. *Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Ban*,32,342.Retricved April 26, 2005, from Proquest database.
- Martin, G. A., Soler, S. R., Picarl., A. P.,& Casanovas, C. P. (2003). Anxiety and depression levels in medical inpatients and their relation to the severity of illness. *Medical Clinics (Bare)*.120,370. Retricved April 26, 2005, from Pubmed database.
- Miller, C.A. (1999). *Nursing care of older adults theory and practice (3rd ed.)*.Philadelphia: Lippincott.
- Morrow, W. R., & Wilson, R. C. (1961). Family relation of bright high-achieving and under achieving high school boy. *Child Development*,32, 501-510.
- Murrel SA., Himmelfarb S. & Wright K. (1983). Prevalence of Depression and Its Correlates in Older Adults. *Am J Epidemiol*, 117, 173-185.
- Murphy, E. (1982). Social origins of depression in old age. *British Journal of Psychiatry*, 142, 135-142.
- Murphy, G.E.,Simons, A. D., Wetzel, R.D.,& Lustman, P. J. (1984). Cognitivetherapy and Pharmacotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 41, 33-41.

- Niti, M. (2007). Depression and chronic medical illnesses in Asian older adult. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Abstract retrieved July 10 , 2007, from CINAHL Pus with full text database.
- Oxman,T.E.,& Hull,T.G. (1997). Social Support depression and activities of daily living in older Heart surgery patients. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 52, 1-14.
- Parmlee, P. A., Kate, J. R., & Lawton, M. P. (1991). The relation of pain to depression among institutionalized aged. *Journal of Gerontology*, 46, 15-21.
- Patten, S. B., & Barbui, C. (2004). Drug- induce depression: A systematic review to inform clinical practice. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 73, 207-215.
- Retty Asvi Nur Gusmy Yearly. Asir. (1992). *Prevalence of Depression and Related Factors Among the Elderly People in Dindang Subdistrict Bangkok Metropolitan Thailand* A paper submitted in partial fulfillment of the requirement of the Degree of Master of the Public Health Mahidol University.
- Roy, S.C. & Roberts, S. (1981). *Theory Construction in Nursing :An Adaptation Model*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall .
- Roy, S.C. (1984). *Introduction to Nursing: An Adaptation Model. (2nd ed.)*. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall .
- Roy, S.C.,& Andrew, H.A. (1991). *The Roy's Adaptation Model*. San. Mateo, CA: Appleton. & Lange.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry (7th ed.)*. Philadelphia: Lippincott.
- Seligman, E. P. (1981). A learned helplessness point of view. In L. P. (Ed.), *Behavior therapy for depression*. New York:Academic Press.
- Valente, S.M. (1994). Recognizing depression in elderly patients. *American Journal of Nursing*, 94(12), 18-28.
- Wallace, R. B. (1992).Aging and disease: From laboratory to communication. *In the epidemiologic study of the elderly*. New York: Oxford University Press.
- Woods, R., et al. (2009). Reminiscence group for with dementia and their family carers: pragmaticeight-centre randomized trial for joint reminiscence and maintenance versus usual treatment: a protocol. *Trials*, 10-64.

World Health Organization. (2000). Women's mental health: An evidence based review, Geneva

World Health Organization. (2002) Mental Health; Responding to the call for action. Fifty-fifty world health assembly. Retrieved December 15, 2009, from <http://www.WHO.org>.



Christian University of Thailand



Christian University of Thailand



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

Christian University of Thailand

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนตำบลคลองโยง จังหวัดนครปฐม

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. แพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ | จิตแพทย์ 9 สถาบันกัลยาราชนครินทร์ |
| 2. นางสาวเบญจวรรณ สามสาถิ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันกัลยาราชนครินทร์ |
| 3. ดร.จันทร์เพ็ญ นิลวัชรมณี | ผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ |
| 4. นางนิตยา ถนอมศักดิ์ศรี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลพุทธมณฑล |
| 5. นางสาววราภรณ์ บุญประเสริฐ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช |



Christian University of Thailand



คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

Christian University of Thailand



เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐม
 : The Factors Influencing Depression Amongst the Elderly at a
 Community in Nakhon Pathom Province

ชื่อผู้วิจัยหลัก : นางบุษราคัม จิตอารีย์
หน่วยงาน : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Christian University of Thailand

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณา
 จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชวนชม ชินะตั้งกูร)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง 3 ธันวาคม 2554

วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ดิฉัน นางบุษราคัม จิตอารีย์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม กำลังศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนตำบลคลองโยง จังหวัดนครปฐม” ท่านเป็นบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งในการให้ข้อมูลในครั้งนี้ ดิฉัน จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน เพื่อเข้าร่วมการวิจัย โดยการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงตามความคิดเห็นของท่าน ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของท่านมีความสำคัญต่อการวิจัย และการนำความรู้ที่ได้ จากการศึกษาในครั้งนี้ ไปใช้ประโยชน์ ในการวางแผนช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุให้ดีขึ้นและมีความสุขในการดำรงชีวิต

การให้ข้อมูลครั้งนี้เป็นความสมัครใจของท่าน ข้อมูลที่ได้เหล่านี้ ถือเป็นความลับ ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามนี้ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆกับท่าน ท่านสามารถซักถามในข้อความที่ท่านสงสัยหรือต้องการทราบได้ตลอดเวลา การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมในเชิงวิชาการ โดยไม่ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล อย่างเฉพาะเจาะจง

งานวิจัยครั้งนี้ จะประสบความสำเร็จได้ด้วย ความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่าน จึงขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางบุษราคัม จิตอารีย์

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน



ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

Christian University of Thailand

แบบสอบถามใช้การวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนตำบลคลองโยง อำเภอพุทธมณฑล
จังหวัดนครปฐม

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไป
2. แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย
3. แบบสอบถามความสัมพันธ์ในครอบครัว
4. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า



Christian University of Thailand

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ลำดับที่.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดในช่วงว่าง หรือกาเครื่องหมาย✓ ลงใน

() หน้าข้อความที่ตรงกับท่าน

บ้านเลขที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2555

1. เพศ 1 () ชาย 2 () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส 1 () โสด 2 () คู่ 3 () หม้าย หย่า แยก
4. ระดับการศึกษา

- 1 () ไม่ได้เรียน 2 () ไม่จบประถมศึกษา
- 3 () ประถมศึกษา 4 () มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า
- 5 () มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า 6 () อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
- 7 () ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี

5. รายได้ของตนเองปัจจุบันต่อเดือน.....บาท

6. ท่านมีรายได้มาจากไหน

- 1 () บุตรหลาน 2 () ญาติพี่น้อง 3 () ค่าเช่า ดอกเบี้ย
- 4 () เงินบำนาญ 5 () ทำงานด้วยตนเอง 6 () อื่น ๆ ระบุ.....

7. การประกอบอาชีพ

- 1 () ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ 2 () รับจ้าง
- 3 () ค้าขาย 4 () เกษตรกร
- 5 () ข้าราชการบำนาญ

8. ลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุ (ผู้สัมภาษณ์ประเมิน)

- 1 () ครอบครัวเดี่ยว 2 () ครอบครัวขยาย

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ ความรุนแรงของความเจ็บป่วย

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่ท่านกำลังเผชิญอยู่ในตอนนี้ ว่ามีความรุนแรงอยู่ในระดับใด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- 3 หมายถึง ท่านรับรู้ว่าเป็นขณะนี้ความเจ็บป่วยของท่านมีอาการรุนแรงมาก
- 2 หมายถึง ท่านรับรู้ว่าเป็นขณะนี้ความเจ็บป่วยของท่านมีอาการรุนแรงปานกลาง
- 1 หมายถึง ท่านรับรู้ว่าเป็นขณะนี้ความเจ็บป่วยของท่านมีอาการรุนแรงน้อย
- 0 หมายถึง ท่านรับรู้ว่าเป็นขณะนี้ท่านไม่เจ็บป่วย

ความรู้สึกของท่าน	ไม่มี (0)	น้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)
โปรดบอกความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความรุนแรงของการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ท่านกำลังเผชิญอยู่ตอนนี้ว่ามีความรุนแรงในระดับใด				

Christian University of Thailand

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนเครื่องหมาย \checkmark ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

เป็นความจริงมากที่สุด	หมายถึง	เมื่อข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด
เป็นความจริงปานกลาง	หมายถึง	เมื่อข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนมาก
เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	เมื่อข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับท่านเล็กน้อย
ไม่เป็นความจริงเลย	หมายถึง	เมื่อข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับท่านเลย

สัมพันธภาพในครอบครัว	เป็นจริงมากที่สุด (4)	เป็นจริงปานกลาง (3)	เป็นจริงบ้างเล็กน้อย (2)	ไม่เป็นจริงเลย (1)
1. สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่รู้ว่าท่านชอบและต้องการอะไร				
2. เมื่อท่านมีปัญหาท่านได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากคนในครอบครัว				
3. สมาชิกในครอบครัวเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อท่าน				
4. ท่านและคนในครอบครัวมีการเอาใจใส่ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ				
5. ท่านและครอบครัวมักใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรก				
6. ท่านและครอบครัวของท่านให้ความสำคัญต่อกิจกรรมผ่อนคลาย เช่น ดูทีวี จัดบ้าน				
7. เมื่อมีเวลาว่างท่านและสมาชิกในครอบครัวมักจะพูดคุยหยอกล้อกันเสมอ				
8. สมาชิกในครอบครัวมักจะชวนท่านไปเที่ยวในสถานที่ที่ท่านชอบ/ต้องการ				

สัมพันธภาพในครอบครัว	เป็นจริงมากที่สุด (4)	เป็นจริงปานกลาง (3)	เป็นจริงบ้างเล็กน้อย (2)	ไม่เป็นจริงเลย (1)
9. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อท่านด้วยท่าทาง คำพูดหรือวิธีการที่ไม่เหมาะสม				
10. ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวของท่านจะรับฟังความคิดเห็นของท่าน				
11. ท่านยอมรับการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัวแม้ว่าจะมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน				
12. สมาชิกส่วนใหญ่หรือทุกคนในครอบครัวไม่เปิดโอกาสให้ท่านมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในครอบครัว				
13. การทำกิจกรรมใด ๆ ของครอบครัวมีการวางแผนร่วมกัน				
14. เมื่อท่านและครอบครัวเกิดเรื่องโต้เถียงกัน เป็นเรื่องยากที่จะระงับข้อขัดแย้งระหว่างท่านกับครอบครัวโดยไม่ให้เกิดผลกระทบกระเทือนต่อผู้ใดผู้หนึ่ง				
15. ท่านและครอบครัวมีความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน				
16. เมื่อมีเรื่องขัดแย้งกัน ท่านและครอบครัวรวมกันหาทางออกโดยสันติวิธี				

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เซล (The Modified Barthel Activities of Daily Index: MBI)

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามที่ตรงกับลักษณะของท่านมากที่สุดในช่วงขณะที่อยู่บ้าน
กิจกรรม

1. การอาบน้ำ

- () 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- () 1. ช่วยตัวเองได้ ตักน้ำ ฟอกสบู่

2. สุขาวิทยาส่วนบุคคล

- () 0. ต้องช่วยล้างหน้า แปรงฟัน ฯลฯ
- () 1. ช่วยตัวเองได้เอง

3. การสวมใส่เสื้อผ้า

- () 0. ต้องช่วยทั้งหมด
- () 1. ต้องช่วยบางส่วน
- () 2. ช่วยตัวเองได้ติดกระดุมสวมเสื้อผ้า

4. รับประทานอาหาร

- () 0. ต้องป้อนให้
- () 1. ต้องช่วยเหลือ เช่น ตักอาหารเป็นชิ้นเล็ก ๆ
- () 2. ตักอาหารรับประทานเอง

5. การใช้ห้องสุขา

- () 0. ต้องช่วยทุกขั้นตอน ถอด-สวมกางเกง ทำความสะอาด
- () 1. ช่วยเหลือบางส่วน
- () 2. ช่วยตัวเองได้ทุกขั้นตอน

6. การเดิน

- () 0. เดินไม่ได้
- () 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ไปได้
- () 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย 1 คน
- () 3. เดินได้เอง อาจใช้เครื่องเกาะเดิน

7. การเคลื่อนย้าย: เติง-เก้าอี้

- () 0. นอนติดเตียง นั่งเองไม่ได้จะล้ม ใช้คนช่วยพยุงนั่งถึง 2 คน
- () 1. ต้องช่วยอย่างมากจึงจะนั่งได้ เมื่อพยุงขึ้นมาั่งอยู่ได้
- () 3. ลุกจากเตียง-นั่งเก้าอี้ได้เอง

8. การกลืนปัสสาวะ

- () 0. กลืนไม่ได้หรือคาสาขสวนไว้
- () 1. กลืนไม่ได้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
- () 2. กลืนได้

9. การกลืนอาหาร

- () 0. กลืนไม่ได้บ่อยหรือต้องสวน
- () 1. กลืนไม่ได้เป็นบางครั้ง (1-2 ครั้งต่อสัปดาห์)
- () 2. กลืนได้หรือสวนเองได้

10. ขึ้นลงบันได

- () 0. ไม่ได้เลย
- () 1. ต้องมีคนคอยดูแลช่วยบางส่วน
- () 2. ขึ้นลงได้เอง (ใช้เครื่องช่วยพยุงเดิน)

ส่วนที่ 5 แบบทดสอบวัดระดับความซึมเศร้า (The Beck Depression Inventory)

คำชี้แจง อ่านข้อความทุกข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วใส่เครื่องหมาย/ข้อที่ตรงกับ

ความรู้สึกของตนเองในตอนนี้นมากที่สุด (คำถาม 21 ข้อ)

ความรู้สึก	ไม่เคย (0)	บางครั้ง (1)	บ่อยครั้ง (2)	เป็นประจำ (3)
1. ฉันรู้สึกเศร้า หดหู่ไม่มีความสุข				
2. ฉันรู้สึกหมดกำลังใจในการมีชีวิตอยู่				
3. ฉันทำอะไรก็ไม่ค่อยสำเร็จ				
4. ฉันไม่สนุกกับสิ่งต่างๆ อย่างที่ฉันเคยทำ				
5. ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนไม่ดี				
6. ฉันรู้สึกว่าฉันกำลังถูกลดโทษ				
7. ฉันรู้สึกผิดหวังในตัวเอง				
8. ฉันโทษตัวเองสำหรับสิ่งที่เกิดขึ้น				
9. ฉันอยากฆ่าตัวตาย				
10. ฉันอยากร้องไห้				
11. ฉันรู้สึกรำคาญหรือหงุดหงิดใจกับสิ่งต่างๆ				
12. ฉันมีความสนใจต่อผู้อื่นน้อยลง				
13. ฉันตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ยากขึ้นกว่าเดิม				
14. ฉันรู้สึกว่ารูปร่าง/หน้าตาของฉันดูแย่ลงกว่าเดิม				
15. ฉันไม่สามารถทำงานได้ดีเท่าเมื่อก่อน				
16. ฉันนอนไม่ค่อยหลับ หรือตื่นเร็วกว่าปกติ				
17. ฉันเหนื่อยง่ายในการทำสิ่งต่างๆ				
18. ฉันเบื่ออาหาร				
19. น้ำหนักฉันลดลงกว่าปกติ				
20. ฉันกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายของฉัน				
21. ฉันกังวลใจเรื่องเพศน้อยลง				



ภาคผนวก ง

ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence)

Christian University of Thailand

แบบวัดการรับรู้ ความรุนแรงของความเจ็บป่วย

ข้อความ	IOC
โปรดบอกความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความรุนแรงของการรับรู้การเจ็บป่วยที่ท่านกำลังเผชิญอยู่ตอนนี้ว่ามีความรุนแรงในระดับใด	1

แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว

ข้อความ	IOC
1. สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่รู้ว่าท่านชอบและต้องการอะไร	1
2. เมื่อท่านมีปัญหาท่านได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากคนในครอบครัว	1
3. สมาชิกในครอบครัวเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อท่าน	1
4. ท่านและคนในครอบครัวมีการเอาใจใส่ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ	1
5. ท่านและครอบครัวมักใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรก	1
6. ท่านและครอบครัวของท่านให้ความสำคัญต่อกิจกรรมผ่อนคลาย เช่น ดูทีวี จัดบ้าน	1
7. เมื่อมีเวลาว่างท่านและสมาชิกในครอบครัวมักจะพูดคุยหยอกส่อกันเสมอ	1
8. สมาชิกในครอบครัวมักจะชวนท่านไปเที่ยวในสถานที่ที่ท่านชอบ/ต้องการ	1
9. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อท่านด้วยท่าทาง คำพูดหรือวิธีการที่ไม่เหมาะสม	1
10. ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวของท่านจะรับฟังความคิดเห็นของท่าน	1
11. ท่านยอมรับการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัวแม้ว่าจะมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน	1
12. สมาชิกส่วนใหญ่หรือทุกคนในครอบครัวไม่เปิดโอกาสให้ท่านมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในครอบครัว	1
13. การทำกิจกรรมใดๆ ของครอบครัวมีการวางแผนร่วมกัน	1
14. เมื่อท่านและครอบครัวเกิดเรื่องโต้เถียงกันเป็นเรื่องยากที่จะระงับข้อขัดแย้งระหว่างท่านกับครอบครัวโดยไม่ให้เกิดผลกระทบกระเทือนต่อผู้ใดผู้หนึ่ง	1
15. ท่านและครอบครัวมีความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน	1
16. เมื่อมีเรื่องขัดแย้งกัน ท่านและครอบครัวรวมกันหาทางออกโดยสันติวิธี	1

แบบทดสอบวัดระดับความซึมเศร้า (The Beck Depression Inventory)

ข้อความ	IOC
1.ฉันรู้สึกเศร้า หดหู่ไม่มีความสุข	1
2.ฉันรู้สึกหมดกำลังใจในการมีชีวิตอยู่	1
3.ฉันทำอะไรก็ไม่ค่อยสำเร็จ	1
4.ฉันไม่สนุกกับสิ่งต่างๆ อย่างที่ฉันเคยทำ	1
5.ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนไม่ดี	1
6.ฉันรู้สึกว่าฉันกำลังถูกลงโทษ	1
7.ฉันรู้สึกผิดหวังในตัวเอง	1
8. ฉันโทษตัวเองสำหรับสิ่งที่เกิดขึ้น	1
9.ฉันอยากฆ่าตัวตาย	1
10.ฉันอยากร้องไห้	1
11.ฉันรู้สึกรำคาญหรือหงุดหงิดใจกับสิ่งต่าง ๆ	1
12.ฉันมีความสนใจต่อผู้อื่นน้อยลง	1
13.ฉันตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ยากขึ้นกว่าเดิม	1
14.ฉันรู้สึกว่ารูปร่าง/หน้าตาของฉันดูแย่ลงกว่าเดิม	1
15. ฉันไม่สามารถทำงานได้ดีเท่าเมื่อก่อน	1
16.ฉันนอนไม่ค่อยหลับ หรือตื่นเร็วกว่าปกติ	1
17.ฉันเหนื่อยง่ายในการทำสิ่งต่างๆ	1
18.ฉันเบื่ออาหาร	1
19.น้ำหนักฉันลดลงกว่าปกติ	1
20.ฉันกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายของฉัน	1
21.ฉันกังวลใจเรื่องเพศน้อยลง	1



ภาคผนวก จ
การวิเคราะห์ค่า Reliability ของเครื่องมือ

Christian University of Thailand

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.889	21

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
d1	38.7333	38.961	.749	.875
d2	38.9000	38.990	.707	.876
d3	38.5333	41.361	.589	.881
d4	38.7000	43.321	.390	.886
d5	39.4667	39.706	.668	.878
d6	39.4667	40.671	.604	.880
d7	39.2333	42.599	.417	.886
d8	39.4000	42.455	.476	.884
d9	39.8000	45.890	.108	.891
d10	38.9667	42.033	.562	.882
d11	38.7333	40.340	.780	.875
d12	38.7667	43.564	.663	.883
d13	38.6333	43.482	.390	.886
d14	38.6333	40.999	.688	.878
d15	38.5000	40.948	.712	.878
d16	38.3000	41.528	.546	.882
d17	38.1333	43.085	.379	.887
d18	38.8667	44.120	.331	.888
d19	39.3333	44.023	.203	.894
d20	38.6333	42.447	.480	.884
d21	39.6000	46.800	-.105	.899

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.965	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
b1	18.2333	9.357	.879	.965
b2	18.2333	9.357	.879	.965
b3	17.3000	7.941	1.000	.955
b4	17.2667	8.409	.864	.960
b5	17.3000	7.941	1.000	.955
b6	16.3333	7.540	.924	.960
b7	16.3667	6.654	.987	.965
b8	17.2333	9.357	.879	.965
b9	17.2667	8.892	.936	.961
b10	17.2667	8.892	.936	.961

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.786	16

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
fr1	46.3793	20.530	.461	.768
fr2	46.1034	21.810	.454	.771
fr3	46.1379	20.766	.607	.759
fr4	46.1379	20.266	.713	.751
fr5	46.4138	21.537	.654	.763
fr6	46.3793	21.030	.732	.757
fr7	46.4483	21.256	.645	.761
fr8	46.4828	20.759	.603	.759
fr9	47.8966	26.882	-.396	.844
fr10	46.3448	19.877	.601	.755
fr11	46.4483	21.042	.456	.769
fr12	46.7586	23.404	-.006	.818
fr13	46.5172	20.544	.607	.758
fr14	46.3103	22.365	.245	.785
fr15	46.0345	21.320	.555	.764
fr16	45.9655	21.606	.270	.786

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Sex	210	1.00	2.00	1.6857	.46534
Status	210	1.00	3.00	2.3667	.55668
Edu	210	1.00	7.00	2.6000	1.09019
Source	210	1.00	6.00	3.8571	1.98525
Occu	210	1.00	4.00	2.1810	1.29984
Family	210	1.00	2.00	1.2857	.45283
agegr	210	1.00	3.00	1.5000	.65804
incomegr	210	1.00	3.00	1.1667	.41020
P_SE	210	.00	3.00	1.5238	.81370
td	210	.00	2.29	.7206	.37362
tfr	210	1.00	4.00	3.0702	.47933
tb	210	.00	2.10	1.9205	.25038
Valid N (listwise)	210				

Correlations

Correlations

		อายุ	tb2	tfr2	การรับรู้ความ รุนแรง	td2
อายุ	Pearson Correlation	1	-.329**	-.158*	.288**	.098
	Sig. (2-tailed)		.000	.022	.000	.157
	N	210	210	210	210	210
tb2	Pearson Correlation	-.329**	1	.200**	-.202**	-.392**
	Sig. (2-tailed)	.000		.004	.003	.000
	N	210	210	210	210	210
tfr2	Pearson Correlation	-.158*	.200**	1	-.184**	-.442**
	Sig. (2-tailed)	.022	.004		.007	.000
	N	210	210	210	210	210
การรับรู้ความรุนแรง	Pearson Correlation	.288**	-.202**	-.184**	1	.258**
	Sig. (2-tailed)	.000	.003	.007		.000
	N	210	210	210	210	210
td2	Pearson Correlation	.098	-.392**	-.442**	.258**	1
	Sig. (2-tailed)	.157	.000	.000	.000	
	N	210	210	210	210	210

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล	นางบุษราคัม จิตอารีย์
วัน เดือน ปีเกิด	6 กรกฎาคม 2516
สถานที่เกิด	จังหวัดมหาสารคาม
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ปี 2540 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ปี 2551 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยคริสเตียน พ.ศ. 2553-2555 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ตำแหน่ง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองโยง 1
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม