

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ



นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

FACTOR RELATED TO RESILIENCE AMONG OLDER PERSONS WITH MAJOR
DEPRESSIVE DISORDER

Miss Arunlak Khongphaisansophon



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and

Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของ
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

โดย

นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของ
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ. (FACTOR RELATED TO RESILIENCE AMONG OLDER
PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER) อ.ที่ปริกษาวินิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.
รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 127 หน้า.

การศึกษาวินิพนธ์ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจ
ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง
รายได้ครอบครัว ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้จัก ความสิ้นหวัง การ
สนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้ากับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง
คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและสถาบันกัลยาณิ
ราชนครินทร์ จำนวน 165 ราย ได้รับการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย
1) แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น 2) แบบประเมินความเศร้าของผู้สูงอายุไทย 3) แบบบันทึกข้อมูล
ส่วนบุคคล 4) แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ 5) แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้
สูงอายุ 6) แบบประเมินความสิ้นหวังของผู้สูงอายุ 7) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยมีดัชนี
ความตรงของเครื่องมือ ดังนี้ แบบวัดที่ 4, 5, 6 และ 7 เท่ากับ .84, .81, .88 และ .96 ตามลำดับ ค่า
ความเที่ยงของแบบวัดที่ 1, 2, 4, 5, 6 และ 7 เท่ากับ .74, .85, .89, .79, .88 และ .82 ตามลำดับ
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมนและ
สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุมีความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำ (Mean = 64.79, \pm SD = 17.63)
2. เพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัวต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับ
ความเข้มแข็งทางใจ
3. ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้จักและการสนับสนุนทาง
สังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ที่
ระดับ .05 ($r = .301, .172$ และ $.456$) ตามลำดับ
4. ความสิ้นหวังและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วย
โรคซึมเศร้าสูงอายุ ที่ระดับ .01 ($r = -.510$ และ $r = -.525$) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ควรมีการส่งเสริม
ความสามารถในการทำหน้าที่ การสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งลดความสิ้นหวังและภาวะซึมเศร้าเพื่อเพิ่ม
ความเข้มแข็งทางใจให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวินิพนธ์หลัก

5477316936 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: RESILIENCE / MAJOR DEPRESSIVE DISORDER / OLDER PERSONS

ARUNLAK KHONGPHAISANSOPHON: FACTOR RELATED TO RESILIENCE AMONG OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. ADVISOR: ASST. PROF. RANGSIMAN SOONTHORNCHAIYA, Ph.D., 127 pp.

The objective of this study was to examine resilience among older persons with Major Depressive Disorder, and its correlation with gender, marital status, chronic illness, family income, late – life function, cognitive, hopelessness social support and depression. The sample consisted 165 older persons diagnosed with major depressive disorder, by using a random sampling at the outpatient clinic at Somdet Chaophaya Institute Psychiatry and Galya Rajanagarindra Institute, The data collections were used by the personal questionnaire, Connor-Davidson resilience scale questionnaire (CD-RISC), Late – Life function instrument questionnaire (LLFI), Geriatric hopelessness scale, The personal resource questionnaire (PRQ), Mini – mental status examination (MMSE) and Thai Geriatric depression scale (TGDS). The content validity index of MMSE, TGDS, CD-RISC, LFFI, Geriatric hopelessness scale and PRQ were .84, .81, .88 and .96 respectively and Cronbach's alpha reliability of CD-RISC, LFFI, Geriatric hopelessness scale and PRQ were .74, .85, .89, .81, .88 and .82 respectively. Data were analyzed by descriptive statistic, Point Biserial Correlation, Spearman Rank Correlation and Pearson's Product Moment Correlation. The result were as follows:

1. Older persons with Major depressive disorder had mean of resilience 64.79 (Mean = 64.79, \pm SD = 17.63)
2. Gender, Marital status, Chronic illness and family income did not correlate with resilience.
3. Late – life function, Cognitive and Social support had positively correlated with resilience at the significant level of .05 ($r = .301$, $r = .172$, $r = .456$)
4. Hopelessness and Depression had negatively correlated with resilience at the significant level of .01 ($r = -.510$, $r = -.367$)

Research suggestion of caring for older persons with major depressive disorder included that further studies in experimental research to develop and examine the effect of the program involving resilience for older persons with major depressive disorder.

Field of Study: Mental Health and
Psychiatric Nursing

Student's Signature

Advisor's Signature

Academic Year: 2013

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรัก ความเมตตาอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำและแนวทาง อันมีคุณค่า ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตาเอาใจใส่ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยรู้สึก ออบอวนและซาบซึ้งในความเอื้ออาทรที่อาจารย์มีให้ และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาที่มีค่าให้ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์จนทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณะกรรมการสอบโครงร่าง วิทยานิพนธ์ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณคณาจารย์คณะ พยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการแปลเครื่องมือ ตรวจสอบ เครื่องมือ รวมทั้งให้คำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์จนได้เครื่องมือการศึกษาที่สมบูรณ์ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีและมีส่วนร่วมให้ วิทยานิพนธ์ครั้งนี้ประสบผลลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ คณะกรรมการจริยธรรม หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก บุคลากรทุกท่านของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและสถาบันกัลยาธรรมาภรณ์ ที่ให้ความ ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณคณะแพทย์แผนกอายุรกรรมและกัลยาณมิตร โรงพยาบาลหัวเฉียวทุก ท่านที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยอย่างดีเสมอมา

ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ แนะนำและเป็นกำลังใจ ขอกราบ ขอบพระคุณอาจารย์พิจิตรา ชูณหวิจิตรธรรม อาจารย์บุบผา วิริยรัตนกุล อาจารย์รัชดา พ่วงประสงค์ อาจารย์จริยา ทรัพย์เรืองและขอขอบคุณ คุณศิริพร เพ็งเจริญ คุณปราชญา ศุภฤกษ์โยธิน คุณสาธิตา คงไพศาลโสภณ คุณยศ รุ่งมณีรัตน์ และคุณน้ำทิพย์ จือประสิทธิ์ ที่ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และเอื้อแต่สิ่งดี ๆ ให้จนทำให้ผู้วิจัยสามารถมาสู่ความสำเร็จของการศึกษาได้

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อศักดิ์ชัย-คุณแม่กัลยา คงไพศาลโสภณ ที่อบรม สั่งสอน ดูแลให้ความรักความห่วงใย รวมถึงผู้เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนด้วยดีเสมอมา คุณค่า และประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุกว่าทุกคน ขอให้ มีสุขภาพกายและมีความเข้มแข็งทางใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย.....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าสูงอายุ.....	10
2. แนวคิดความเข้มแข็งทางใจ.....	25
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ.....	28
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	34
5. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	37
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	38
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	47
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	48
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	50
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	56

รายการอ้างอิง	65
ภาคผนวก.....	76
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ	77
ภาคผนวก ข ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารแสดงความ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย.....	84
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	93
ภาคผนวก ง เอกสารขอตกลงใช้เครื่องมือการวิจัย เก็บข้อมูลการวิจัย และพิจารณาจริยธรรม	104
ภาคผนวก จ เอกสารรับรองจริยธรรม	107
ภาคผนวก ฉ เอกสารอนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย	110
ภาคผนวก ช ตารางแสดงสถิติวิเคราะห์.....	119
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	127

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำแนกตามโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2555	38
ตารางที่ 2 การแก้ไขข้อคำถามของเครื่องมือประเมินความเข้มแข็งทางใจ	41
ตารางที่ 3 การแก้ไขข้อคำถามของเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ	43
ตารางที่ 4 ความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่รวบรวมข้อมูล.....	46
ตารางที่ 5 ตารางแสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	47
ตารางที่ 6 ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวต่อเดือน การเจ็บป่วยเรื้อรัง.....	52
ตารางที่ 7 คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเข้มแข็งทางใจ และ ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ.....	53
ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการรู้จักคิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ.....	53
ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเพศ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวต่อเดือน การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้จักคิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้ากับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ.....	54
ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเข้มแข็งทางใจ ภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ.....	55

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในหลายทศวรรษที่ผ่านมาเกิดความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชากรโดยทั่วไปในโลกมีแนวโน้มที่มีอายุยืนยาวขึ้น เห็นได้จากจำนวนประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีอัตราเพิ่มขึ้นมากจากปี 2523 เพิ่มขึ้นร้อยละ 11.7 และ 8.0 ในปี 2533 เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.9 และ 9.2 ในปี 2543 เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.9 และ 12.9 และในปี 2563 คาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 17.1 และ 12.1 ตามลำดับ สำหรับสถิติของประเทศไทย ในปี 2513 พบว่าประชากรวัย 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 1.7 ล้านคน ในปี 2523 ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 2.4 ล้านคน ในปี 2552 ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 7.6 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในอีก 15 ปีข้างหน้าคือปี 2568 ผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 2 เท่าของปี 2552 คือ 14.9 ล้านคน (วิทยาลัยประชากรศาสตร์, 2554) จากการรายงานของ The National Institute of Mental Health's Epidemiologic Catchment Area Program พบว่าความผิดปกติทางจิตใจ ในผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดก็คือ โรคซึมเศร้า (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นโรคที่มีผลกระทบอย่างมากต่อทั้งชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการเสื่อมลงของสุขภาพ การเสื่อมลงของความคิด ความจำและความสามารถทางสังคม ซึ่งทั้งหมดนี้จะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของการเสียชีวิตในที่สุด (Blazer, 2003) องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของประชากรทั่วโลกจะเปลี่ยนจากลำดับที่ 4 มาเป็นลำดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 (WHO, 2004) จากการศึกษาของ The Dutch Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) พบว่าประชากรที่มีอายุระหว่าง 55-85 ปี เป็นช่วงอายุที่เกิดโรคซึมเศร้ามากที่สุด โดยมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าของผู้หญิงเป็น 2 : 1 เท่าของผู้ชาย (Keyes and Good, 2006 อ้างใน พูลสิน เฉลิมวัฒน์, 2553) ในประเทศแถบยุโรป จากการศึกษาพบความชุกของโรคซึมเศร้าสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ 60-74 ปีคิดเป็นร้อยละ 9-24 (Castro et al., 2007) สำหรับในประเทศไทยนั้น จากผลการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของประเทศไทยปี 2549 โดยกรมสุขภาพจิต พบว่าคนไทยอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเกือบ 3 แสนคน และในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นผู้สูงอายุจะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 63 จากการศึกษาในระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา พบว่าค่าความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนอยู่ในช่วงร้อยละ 17.5-82.3 (ณหทัย วงศ์ปการันย์, 2551) กรมสุขภาพจิตจึงได้มีนโยบายในการป้องกันและแก้ไขโรคซึมเศร้า โดยกำหนดให้ ปี พ.ศ. 2552-พ.ศ. 2563 เป็นปีทศวรรษแห่งการป้องกันและแก้ไขโรคซึมเศร้าและจากการรวบรวมสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่เข้ารับบริการที่สถานจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาปริยัติเจ้าจารย์มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจาก พ.ศ. 2554 ถึง ปี พ.ศ. 2556 มีจำนวน 979, 981 และ 1,041 ราย ตามลำดับ(ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาปริยัติเจ้าจารย์, 2556)

โดยผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าพบว่ามีอาการแตกต่างจากที่พบในผู้ป่วยวัยอื่นๆ คือผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบายทางร่างกาย เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด เบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ รอบตัว แยกตัว ความคิดซ้ำ ลังเล ไม่มั่นใจ สมองเสื่อม รู้สึกไร้ค่า ท้อแท้สิ้นหวัง เบื่อชีวิตอยากตาย เป็นมากอาจมี อาการหลงผิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย (somatic delusion) (อรพรรณ ลือบุญวิชัย, 2554) ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงสามารถกลับเป็นซ้ำได้บ่อย ก่อให้เกิดความบกพร่อง ในการดำเนินชีวิตประจำวันและหน้าที่ความรับผิดชอบต่อการงานและส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและประเทศชาติเนื่องจากต้องสูญเสียงบประมาณที่นำมาพัฒนาประเทศมารักษาผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดการสูญเสียค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงถึง 70 ล้านเหรียญต่อปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Weyerer et al., 2008) ดังที่ สรยุทธ วาสิกนันทน์ (2547) กล่าวว่า ความ สูญเสียเนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่เป็นนานถึงเรื้อรังและเป็นซ้ำได้บ่อย เป็นปัญหาต่อหน้าที่การ งาน ครอบครัวและสังคม การที่มีอาการเรื้อรังทำให้คุณภาพการทำงานลดลงและสูญเสียผลิตภาพ สูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายและการรู้คิดทางด้านจิตใจและส่งผลกลายเป็นภาวะพึ่งพิงสูงต่อคนใน ครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติเพราะต้องดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิด ปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาเศรษฐกิจตามมา (จิราวรรณ อินคัม, 2549)

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการซึมเศร้าโดยจะ มีอาการเศร้ามาก ไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไรและอาจมีโรคทางกายร่วมด้วย (Cattell, 2000) ซึ่งความเจ็บป่วยนี้ถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตหรือความทุกข์ของชีวิต ซึ่งถ้าหากไม่สามารถผ่านพ้น วิกฤตนี้ไปได้จะส่งผลทำให้เกิดอาการซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำหรือเกิดอาการรุนแรงจนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ (Beck, 1979) การมองในด้านบวกว่าภาวะวิกฤต เช่น การป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเป็นโอกาสหรือ บทเรียนที่ใช้ในการพัฒนายกระดับจิตใจของตนนั้นมีความสำคัญยิ่ง (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2548) โดยใช้กระบวนการที่สามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือ สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิตอันเป็นคุณสมบัติหนึ่งซึ่งช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหา อุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (กรมสุขภาพจิต, 2551) กระบวนการดังกล่าวตรงกับ ภาษาอังกฤษคำว่า Resilience สำหรับภาษาไทยมีการใช้คำเหล่านี้หลากหลาย เช่น ความสามารถในการ ฟื้นพลัง ความเข้มแข็งทางจิตใจ ความหยุ่นตัวทางอารมณ์และจิตใจ ความยืดหยุ่น (กรม สุขภาพจิต, 2551)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คำ Resilience ว่า “ความเข้มแข็งทางใจ” เนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าควรมีความเข้มแข็งที่จะต้องยืนหยัดเผชิญต่อสู้กับโรคที่เป็นอย่างเข้มแข็งและ แข็งแกร่งเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข ความเข้มแข็งทางใจเป็นกระบวนการ ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวเผชิญกับโรคเรื้อรังในทันที คือ โรคซึมเศร้าให้สามารถดำเนินชีวิต ต่อไปได้อย่างมีความสุข (Germezy, 1991) ในการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหรือใน สถานการณ์ที่ซึมเศร้า (Wagnild and Young, 1993) ความเข้มแข็งทางใจยังเป็นความสามารถขั้น พื้นฐานของมนุษย์ที่เริ่มเกิดขึ้นในคนทุกๆ คน เป็นกลไกในการแก้ปัญหา การปรับตัวทางบวกของแต่ละ บุคคลเพื่อให้กลับสู่สถานการณ์ในชีวิตที่เป็นปกติเมื่อเผชิญสถานการณ์กดดัน หรือภาวะความ ยากลำบาก ความเข้มแข็งทางใจเป็นกระบวนการของบุคคลในการสะสมประสบการณ์ที่เกิดขึ้น เป็น ทักษะในการแก้ปัญหาและฟื้นฟูสภาพตัวเองในยามที่เกิดเหตุที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ซึ่งกระบวนการ

ความเข้มแข็งทางใจนี้สามารถพัฒนาได้ และจัดเป็นปัจจัยปกป้องหรือกลไกหนึ่งที่มีส่วนทำให้สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในภาวะวิกฤตได้ (Hjemdal et al., 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้น คือ การที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำ (Heisel, 2006) โดยในประเทศแคนาดาพบผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีระดับความเข้มแข็งทางใจต่ำ เสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายประมาณ 12/100,000 คน (Heisel, 2006) ความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถของบุคคลที่ทำให้เกิดการปรับตัวทางบวก ควบคุมอารมณ์และแก้ไขปัญหาได้ (Heisel, 2006 ; Gooding et al., 2012) จากการศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มผู้สูงอายุชาวจีนพบว่าความเข้มแข็งทางใจสามารถช่วยลดอัตราการตายได้ถึงร้อยละ 9.2 (Shen and Zeng, 2010) อย่างไรก็ตามการศึกษาความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุยังมีข้อจำกัด เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อนจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสรีระร่างกายและสารสื่อประสาทซีโรโทนินและโดปามินรวมทั้งการสูญเสียการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิต การรู้จัก บทบาทหน้าที่ (Hardy et al., 2004 ; นิษา สมานทรัพย์, 2554 ; นภา จิรัฐจินตนา, 2554)

ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้จักคิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้า โดย พบว่า เพศ โดยเฉพาะเพศชายมีลักษณะร่างกายที่แข็งแรงกว่าเพศหญิง และมักมีนิสัยชอบเป็นผู้นำ มีลักษณะนิสัยเด็ดขาด ส่วนเพศหญิงมีลักษณะนิสัยอ่อนโยน อ่อนแอกว่าเพศชาย ดังนั้นจึงพบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ (Hardy et al., 2004) สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างหนึ่งที่จะส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเอง เพราะคู่สมรสจะเป็นผู้ช่วยเหลือให้กำลังใจ เป็นเพื่อนคอยกระตุ้นให้ดูแลตนเองมากขึ้น โดยสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ (Simi, 2000) การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือการที่มีสุขภาพไม่ดีส่งผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นภาระให้กับครอบครัว รู้สึกเบื่อตัวเอง ทำให้มีความเข้มแข็งทางใจลดลง (Nygren et al., 2005) รายได้ครอบครัวต่อเดือนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุและความสามารถในการรู้จักคิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ (Hardy et al., 2004) นอกจากนั้นความสิ้นหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ (Gooding, 2012) การสนับสนุนทางสังคม เป็นแรงสนับสนุนหรือการเอาใจใส่จากสังครอบตัวของผู้ป่วย และช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็งทางใจที่จะเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ (Talsma, 1995) ส่วนภาวะซึมเศร้ามี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ (Hardy, 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรวัยรุ่นหรือในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการป่วยทางจิตใจ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีความสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขตามอัตภาพและเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุเป็นอย่างไร
2. เพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้ามี่ความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้ามี่ความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุโดยใช้แนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ (Richardson, 2002 ; Luthar et al., 2000 ; Connor and Davidson, 2003) ที่อธิบายถึงความเข้มแข็งทางใจว่าเป็นกระบวนการต่อเนื่องมากกว่าเป็นคุณลักษณะเฉพาะบุคคล และเป็นการพัฒนาความสามารถทางจิตที่มีผลต่อความรู้สึก ความคิด พฤติกรรม ซึ่งเป็นการตอบสนองภายในจิตใจ โดยมีตัวกระตุ้นเป็นแรงกดดัน เกิดพยาธิสภาพของจิตใจ เช่น โรคซึมเศร้า ให้สามารถฟื้นกลับมาเป็นปกติหรือดีขึ้นกว่าเดิมได้ โดยตัวกระตุ้น ได้แก่ การสูญเสียบทบาทหน้าที่ การสูญเสียคนรัก การเจ็บป่วยทางจิต เป็นต้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ของชีวิตมากกว่าจะมีความเข้มแข็งทางใจ มีความเข้มแข็งและสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี โดยมีกระบวนการปรับสภาวะสมดุลของจิตใจ ซึ่งประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. ความสามารถส่วนบุคคล (Personal competence) เป็นการแสดงออกทางความคิด พฤติกรรม
2. ความเชื่อมั่นในตนเอง (Trust in own intuition) เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้
3. การยอมรับการเปลี่ยนแปลง (Acceptance of change) เป็นการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจให้ยอมรับหรือเข้าใจในสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
4. ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Personal control) เป็นความสามารถในการควบคุมสติ อารมณ์ของตนเองไม่ให้ไปตามกระแสสังคมหรือสิ่งแวดล้อม
5. อิทธิพลต่อจิตใจ (Spiritual influences) สิ่งที่มีผลกระทบต่อสภาวะจิตใจ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

1. เพศ เป็นลักษณะส่วนบุคคลซึ่งแสดงออกให้ทราบว่าเป็นเพศชายหรือเพศหญิงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ จากการศึกษาของ Campbell-Sills, Forde, Stein. (2009) พบว่าเพศหญิงมีคะแนนความเข้มแข็งทางใจต่ำ จากการศึกษาของ Hardy et al. (2004) พบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ ดังนั้นเพศน่าจะเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

2. สถานภาพสมรส ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นโสด หม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่ มักจะขาดคนดูแลให้กำลังใจ แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ ผู้ป่วยจะได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความเอื้ออาทร กำลังใจตลอดจนยอมรับผลกระทบผลกระทบของโรคที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ จากการศึกษาของ Simi (2000) พบว่าสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างหนึ่งที่จะส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเอง เพราะคู่สมรสจะเป็นผู้ช่วยเหลือให้กำลังใจ เป็นเพื่อนคอยกระตุ้นให้ดูแลตนเองมากขึ้น และพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ

3. การเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีปัญหาสุขภาพและโรคทางกายมากที่สุด ซึ่งมาจากการเสื่อมถอยทางสุขภาพร่างกายและจิตใจ การมีพยาธิสภาพทางกายไม่ว่าการเจ็บป่วยเรื้อรัง การเกิดการบาดเจ็บต่างๆ เหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความเข้มแข็งทางใจที่ต่ำลง พบว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ (Nygren et al., 2005)

4. รายได้ครอบครัวต่อเดือน เป็นตัวบ่งบอกสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินชีวิตในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเองให้มีความสุข และสามารถตอบสนองความต้องการของบุคคล จึงมีผลต่อความสุขในชีวิตของบุคคล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ทำให้มีรายได้ไม่แน่นอน ก่อให้เกิดความวิตกกังวลหรือความเครียดกลัวขาดรายได้ จากการศึกษาของ Hardy et al. (2004) พบว่ารายได้ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของ Wagnild and Young (2003) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ กล่าวคือ รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ

5. ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ เป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ได้แก่ความสามารถในการแต่งตัว การเคลื่อนไหว การเดินทาง การทำกิจกรรมภายในบ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิต จากการศึกษาของ Hardy et al. (2004) พบว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำกิจกรรมต่อเนื่องมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

6. ความสามารถในการรู้คิด เป็นการตระหนักรู้และการควบคุมการรู้คิดของตนเอง ความสามารถในการรับรู้ จดจำ การโต้ตอบ การฝึกความตั้งใจและการฝึกสมาธิของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ คือรู้ว่าตนเองกำลังอยู่ในกระบวนการคิดใดและสามารถควบคุมตนเองให้ทำตามนั้นได้ โดยกระบวนการนำข้อมูลที่เก็บไว้ในระบบหนึ่งไปสู่อีกระบบหนึ่ง พบว่าความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ (Hardy et al., 2004)

7. ความสิ้นหวัง เป็นภาวะอารมณ์เชิงลบของบุคคลก่อให้เกิดความเครียด ที่มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ รู้สึกไร้ประโยชน์ไม่มีคุณค่าไม่มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิต คาดการณ์เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมหรือการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นของตนเองในอนาคตไปในทางที่ไม่ดี ความสิ้นหวังมีความสัมพันธ์ทางลบความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุ (Gooding, 2012)

8. การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีต่อกันในสังคม การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม ทำให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเองและได้รับการให้คำแนะนำรวมทั้งการช่วยเหลือ จากการศึกษาในผู้สูงอายุ พบว่าระดับความเข้มแข็งทางใจที่ระดับสูงมีความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง (Adams, Sanders, and Auth, 2004 ; Easley, 2003 ; Hinck, 2004 ; Lamond et al., 2006) และจากการศึกษาของ Talsma (1995) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ

9. ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติที่เกิดจากการทำงานของสารสื่อประสาทลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ทำให้เกิดการแปลความหมายในด้านลบ การตัดสินใจและสนใจสิ่งต่างๆ ลดลง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ จากการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของ Hardy et al. (2004) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นของ Seok ; Lee ; Kim ; Lee, ; Kang ; Ham ; Yang and Chae (2012) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเข้มแข็งทางใจเช่นกัน

สมมติฐานของการวิจัย

1. เพศ สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ
2. การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความสิ้นหวังและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ
3. รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิดและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease/ICD-10) หรือตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th หรือ DSM-IV-TR) ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิงที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าอย่างสม่ำเสมอ

ตัวแปรที่ใช้ศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ เพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้า

ตัวแปรตาม คือ ความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความเข้มแข็งทางใจ หมายถึง ความสามารถของกระบวนการปรับตัวทางบวกของบุคคลหลังเผชิญกับภาวะวิกฤตหรือการสูญเสียหรือการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าให้สามารถฟื้นกลับสภาพจิตใจ และเกิดการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข ประเมินได้จากการใช้แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของ Connor and Davidson (2003).

เพศ หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคลซึ่งแสดงถึงความเป็นหญิงหรือชายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ประเมินได้จากข้อมูลแบบสัมภาษณ์ส่วนบุคคล

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุดำรงอยู่ในปัจจุบัน (ขณะตอบแบบประเมิน) แบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ สถานภาพคู่ โสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ ประเมินได้จากข้อมูลแบบสัมภาษณ์ส่วนบุคคล

การเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง การเจ็บป่วยหรือการที่บุคคลมีโรคประจำตัวที่เป็นมาต่อเนื่องติดต่อกันตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ประเมินได้จากข้อมูลแบบสัมภาษณ์ส่วนบุคคล

รายได้ครอบครัวต่อเดือน หมายถึง จำนวนเงินหรือรายได้ที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุและบุคคลในครอบครัวได้รับเป็นประจำทุกเดือน เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน อาจเป็นเงินที่ได้รับหลังเกษียณ เงินจากการดำเนินกิจการของตนเอง หรือเงินจากสวัสดิการของรัฐ โดยประเมินจากรายรับต่อเดือนของครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รายได้ครอบครัวต่อเดือนเป็นตัวบ่งบอกสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินชีวิตในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเองให้มีความสุข และสามารถตอบสนองความต้องการของบุคคล ประเมินได้จากข้อมูลแบบสัมภาษณ์ส่วนบุคคล

ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการแต่งตัว การเคลื่อนไหว การเดินทาง การทำกิจกรรมต่างๆภายในบ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิต ประเมินได้จากแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ (Late-Life Function Instrument) ของ (Jette, Haley and Kooyoomjin, 2002)

ความสามารถในการรู้คิด หมายถึง การตระหนักรู้และการควบคุมการรู้คิดของตนเอง ความสามารถในการรับรู้ จดจำ การโต้ตอบ การฝึกความตั้งใจและการฝึกสมาธิของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ คือรู้ว่าตนเองกำลังอยู่ในกระบวนการคิดใดและสามารถควบคุมตนเองให้ทำตามนั้นได้ โดยกระบวนการนำข้อมูลที่เก็บไว้ในระบบหนึ่งไปสู่อีกระบบหนึ่ง ประเมินจากแบบประเมินสภาพสมอง

เบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai version, 2002) โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2542)

ความสิ้นหวัง หมายถึง ภาวะอารมณ์เชิงลบของบุคคล เช่น ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าไม่มีกำลังใจ เป็นแบบแผนความคิดที่คาดหวังเชิงลบเกี่ยวกับอนาคต ก่อให้เกิดความเครียดที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต การคาดการณ์เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่จะเกิดขึ้นกับตนเองรวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตไปในทางที่ไม่ดี และเมื่อมีเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิตมองว่าตนเองไม่สามารถที่จะคาดหวังหรือเปลี่ยนแปลงตนเองจากสิ่งต่างๆ เหล่านั้นในทางที่ดีได้ โดยจะมีการแสดงออกทางด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมทางลบ (Farran, Herth and Popovich, 1995) ประเมินจากแบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ (Geriatric Hopelessness scale) ตามแนวคิดของ Fry (1984) แปลโดย นิษา สมานทรัพย์ (2554)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม เช่น บุคคลใกล้ชิด ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้การช่วยเหลือโดยการให้คำแนะนำ การตอบสนองความต้องการและทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire : PRQ85 Part II) ของ (Brandt and Weinert, 1981) แปลโดย ชมนาด วรรณพรศิริ (2535)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง สภาพจิตที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ มีผลทำให้เกิดการแสดงออกด้านร่างกาย เช่น ซึม ไม่อยากพูดคุยกับใคร นอนไม่หลับ ความอยากอาหารลดลง หวาดระแวง แยกตัว โศกเศร้า ด้านอัตมโนทัศน์ การมองตนในแง่ลบ รู้สึกชีวิตไร้คุณค่า ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองลดลง รู้สึกหมดหวังไม่มีความสุข ไม่สนใจดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อม ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุฉบับภาษาไทย (Thai Geriatric Depression Scale-TGDS) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง(2537)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช นำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ
2. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ จากตำรา เอกสาร บทความและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ในการนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจะนำมาเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

- 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
- 1.2 สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า
- 1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
- 1.4 อาการของโรคซึมเศร้าสูงอายุ
- 1.5 การประเมินภาวะซึมเศร้าสูงอายุ
- 1.6 การรักษาโรคซึมเศร้าสูงอายุ
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ
- 1.8 บทบาทพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยจิตเวช
- 1.9 บทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

2. แนวคิดความเข้มแข็งทางใจ

- 2.1 ความหมายของความเข้มแข็งทางใจ
- 2.2 องค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจ
- 2.3 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

- 3.1 เพศ
- 3.2 สถานภาพสมรส
- 3.3 การเจ็บป่วยเรื้อรัง
- 3.4 รายได้ครอบครัวต่อเดือน
- 3.5 ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ
- 3.6 ความสามารถในการรู้คิด
- 3.7 ความสิ้นหวัง
- 3.8 การสนับสนุนทางสังคม
- 3.9 ภาวะซึมเศร้า

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าสูงอายุ

วัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โรคภัยไข้เจ็บต่างๆ สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป แน่นนอนว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าถือว่าเป็นอาการหนึ่งที่มีก่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ หากมีอาการซึมเศร้ารุนแรง ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายชีวิต มีความรู้สึกอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตายได้ เนื่องจากอาการมักจะแสดงออกมาจากโรคทางกายมากกว่า (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้ามีภาวะความผิดปกติทางอารมณ์จะมีอาการเศร้าเป็นลักษณะเด่นและอาการอื่นๆ ร่วมด้วย คือ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ เฉื่อยชา กล้ามเนื้ออ่อนแอ นอนไม่หลับ 2) ด้านการรู้คิด ได้แก่ ท้อแท้ ไร้ประโยชน์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีความคิดทำร้ายต่อตนเอง 3) ด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย เป็นต้น 4) ด้านสังคม ได้แก่ มองโลกในแง่ร้าย แยกตัวออกจากสังคม โรคซึมเศร้ามีสาเหตุจากหลายปัจจัย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของประสาทชีววิทยา และเหตุการณ์ความเครียด ข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการซึมเศร้า ได้แก่ สุขภาพทางกายเริ่มเสื่อมถอยลง วิธีการดำเนินชีวิตมีปัญหา มีลักษณะโรคประสาทมาก การสนับสนุนด้านสังคมไม่ดี ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอัตราเสียชีวิตสูง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคทางจิตเวชจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ มีการให้ความหมายของโรคซึมเศร้าดังนี้

Seligman (1984) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า เป็นลักษณะที่แสดงว่าบุคคลหมดหวังมีอุปสรรคขัดขวางจุดประสงค์ที่ตั้งไว้ ทำให้บุคคลมีความรู้สึกซึมเศร้า เสียใจ ไม่มีคุณค่า ต้อยค่า บุคคลจะมีแต่ความรู้สึกเสียใจที่ตนเองไม่ประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวในชีวิต

ดวงใจ กสานติกุล (2542) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ที่เป็นทุกข์ ความรู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไม่มีเรี่ยวแรง อารมณ์ทางเพศลดลง คิดอยากตาย เป็นต้น อาการเหล่านี้ยังมีผลกระทบต่อบุคคลทางด้านสังคมและอาชีพ ทำให้คนมีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัว เงียบขรึม รวมทั้งมีสมรรถภาพในการทำกิจกรรมลดลงด้วย

มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2544) ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มความผิดปกติของอารมณ์โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ในผู้ป่วยไทยอาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์เศร้านี้จะเป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ป่วยมักอยู่คนเดียวเงียบๆ ทนให้คนรบกวนไม่ได้

สมภพ เรื่องตระกูล (2549) ให้คำจำกัดความโรคซึมเศร้าว่ามีลักษณะที่สำคัญของโรคคือ ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัด ร่วมกับอาการอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อหน่ายและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) หมายถึง ภาวะผิดปกติทางด้านอารมณ์ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของบุคคลซึ่งอาการสำคัญ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมไปกับการรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหวเชื่องช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตายในที่สุดและ ความรู้สึกนี้เป็นอย่างต่อเนื่องนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไปในโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติ หรืออาการเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจ โดยแสดงออกทางร่างกาย ความคิดและอารมณ์ คือปัญหา เรื่องการรับประทานอาหาร การนอนหลับ ความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายต่างๆ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ทางด้านจิตใจ คือ รู้สึกเหงา หดหู่ สิ้นหวัง เฉยชา กับสิ่งแวดล้อมและอาจมีความคิดฆ่าตัว ขาดสมาธิและความมั่นใจ มีความวิตกกังวล มาก ตัดสินใจไม่ได้แม้ในเรื่องเล็กน้อย

1.2 สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า

การอธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ ทำได้ไม่ค่อยชัดเจน ส่วนมากอธิบายสาเหตุหลายประการผสมผสานกัน ส่วนใหญ่เป็นการอธิบายสาเหตุของความผิดปกติ ทางอารมณ์ชนิดอารมณ์ซึมเศร้ามากกว่าอารมณ์คลุ้มคลั่ง จากทฤษฎีต่างๆ โดยอธิบายถึงปัจจัยทั่วไป ที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุแบ่งได้เป็น 3 ด้าน (Blazer and Hybels, 2005) ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) แบ่งออกเป็น

1) ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory) อธิบายว่า สมองทำงานจาก กระบวนการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท สารสื่อประสาทสร้างขึ้นโดย cell body และถูกนำมา เก็บสะสมใน vesicle บริเวณ terminal bouton กระบวนการแปลความหมายเกิดจากการทำงาน ของสมองส่วนที่แสดงอารมณ์ ความต้องการ ผ่านการเชื่อมต่อด้วยสารสื่อประสาทที่ควบคุมอารมณ์ และความรู้สึก กระบวนการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาทดังกล่าวมีกระบวนการดูดกลับสารสื่อ ประสาทในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่ามีการดูดกลับสารสื่อประสาทเกิดขึ้นมากผิดปกติ จะทำ ให้สารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ได้แก่ นอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) โดปามีน (dopamine) และซีโรโทนิน (serotonin) โดยเฉพาะซีโรโทนิน (serotonin) ในช่องว่างระหว่าง การเชื่อมต่อลดลง ส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Rao, 2006 อ้างใน สายฝน เอกวรารุง, 2554) โรคซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมอง (Schildkraut อ้างถึงใน ชาลินี สุวรรณยศ, 2542) ซิลด์ครอท ได้ตั้งสมมติฐานที่เรียกว่าสมมติฐานแคทีคอลามีน (catecholamine) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการลดระดับของสารสื่อประสาทในสมอง กลุ่มแคทีคอลามีน ได้แก่ นอร์อิพิเนพ ริน (norepinephrine) โดปามีน (dopamine) และซีโรโทนิน (serotonin) โดยเฉพาะอย่างยิ่งนอร์ อิพิเนพริน สาเหตุการลดของสารสื่อประสาทกลุ่มแคทีคอลามีนนั้น อาจเนื่องมาจากพันธุกรรม องค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อมหรืออาจจะเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายเอง คือ นอร์อิพิเนพริน มีการแพร่กระจายไปที่อื่น หรือเกิดการดูดซึมกลับหรือเผาผลาญไปก่อนโดยสารกลุ่มนี้จะลดลง เมื่ออายุ มากขึ้น (Hagerty, 1995) จากการศึกษาของซาโน (Sano, 1989) พบว่าระดับความเข้มข้นของสารซี โรโทนินจะลดต่ำลงในผู้ป่วยโรคซึมเศราร่วมกับมีภาวะสมองเสื่อม (dementia)

2) ทฤษฎียีน หรือพันธุกรรม (Genetic Theory) กล่าวถึง การเกิดโรคซึมเศร้าว่าเป็นลักษณะความบกพร่องทางพันธุกรรม โดยถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง เช่น โรคจิตซึมเศร้าชนิด 2 ขั้ว (manic-depressive psychosis) ซึ่งเป็นโรคที่มีความรู้สึกลบอย่างมากระหว่างอาการซึมเศร้าในขั้นรุนแรงเกิดสลับกัน เป็นต้น และจากข้อมูลทางวิชาการพบว่าถ้าฝาแฝดไข่ใบเดียวกันคนใดคนหนึ่งเกิดโรคซึมเศร้า โอกาสที่แฝดอีกคนจะเกิดโรคนี้อาจสูงถึง ร้อยละ 70-80 ถ้าเป็นฝาแฝดจากไข่คนละใบ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าจะพบประมาณร้อยละ 14 การที่ฝาแฝดไข่ใบเดียวกันมียีนที่คล้ายกันจึงพบอัตราเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นจึงแสดงให้เห็นว่าพันธุกรรมเป็นอีกปัจจัยเหตุหนึ่งของโรคซึมเศร้า และจากการรายงานของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน พบว่าโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงจะพบในผู้มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดใกล้ชิด ได้แก่ พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย หรือพี่น้องบิดามารดาเดียวกัน มากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 1 เท่าครึ่ง ถึง 3 เท่า (สมภพ เรืองตระกูล, 2549)

1.2.2. ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological factors) แบ่งได้เป็น

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) อธิบายว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก เนื่องมาจากความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง (narcissistic personality) เมื่อบุคคลประสบกับการสูญเสียทั้งสูญเสียจริงหรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง มีผลทำให้ตัวตน (ego) ลดต่ำลงหรือถูกทำลายซึ่งตัวตนเป็นตัวกลางในการแสดงออกของบุคลิกภาพ เป็นที่ตั้งของสติและเป็นสื่อกลางระหว่างสัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ (perception) ความจำ (memory) การตัดสินใจ (judgement) ความมีเหตุผล (reasoning) การแก้ปัญหา (problem solving) และการตัดสินใจในการกระทำ (decision making) ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความมีเหตุผล (logical) และความถูกต้องเหมาะสม (correct) เมื่อตัวตนลดต่ำลงหรือ ถูกทำลายจึงทำให้ไม่สามารถที่จะคิดปลดปล่อยตนเองออกจากความซึมเศร้า และความรู้สึกสูญเสียเกิดการยับยั้งไม่ให้เกิดการต่อสู้เพื่อปกป้องตนเอง รู้สึกผิดและบันดาลโทษ ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถคิดจัดการกับการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ ทำให้มีความคิดในทางลบต่อตนเอง

2) ทฤษฎีความสิ้นหวัง หรือการยอมจำนนจากการเรียนรู้ (Learned Helplessness Theory) ของเซลิกันแมน (Seligman cited in Wilson, Spence, and Kavanang, 1989) อธิบายว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลอยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น รู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (helplessness) ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดการปล่อยสถานการณ์แบบเลยตามเลยไม่ยอมแก้ไข ประกอบกับขาดแรงเสริม (inadequate reinforcement) ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าสรุปตามแนวคิดนี้โรคซึมเศร้าอาจเกิดจากการถูกลดโทษ การพ่ายแพ้ การล้มเหลว การสูญเสีย หรือการประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตในด้านลบมาก่อน ก่อให้เกิดการเรียนรู้หรือมีความคิดว่าไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ได้ ไม่ว่าจะแก้ไขปัญหาในชีวิตอย่างไร ก็จะไม่ประสบผลสำเร็จทั้งสิ้นแล้วพัฒนาให้เกิดการเรียนรู้ความสิ้นหวังเกิดขึ้น

3) ทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก (Reduced Positive Reinforcement Theory) ของลีวิน ซอน (Lewinsohn cited in Wilson, Spence, and Kavanang, 1989) ซึ่งเชื่อว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากผลของการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ ทั้งจากการคิด เช่น

การรับรู้คุณค่าของตนเองต่ำ (low self-esteem) ความรู้สึกผิด (guilt) การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) การไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวได้ เป็นต้น เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตทำให้บุคคลเกิดการลดการเสริมแรงตนเองในทางบวก ผลที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองสูงขึ้น (self-awareness) การคิดที่มุ่งเน้นต่อตนเองมากกว่าคนอื่น (focus on the self) เพิ่มการคิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (self-criticism) และคาดหวังอนาคตในทางลบ (negative expectation) นำมาสู่ความไม่พึงพอใจ กังวลใจ ความบกพร่องทางพฤติกรรม ความคิด และสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น

4) ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) ของ Beck (1967) ได้พัฒนาทฤษฎีปัญญานิยมขึ้นมา โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่าอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ โดยการทำงานของกระบวนการทางปัญญา เมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไปกระบวนการทางปัญญาจะรับรู้และแปลความสิ่งเร้าเข้ามา ทำให้บุคคลแสดงอารมณ์และพฤติกรรมต่อสิ่งเร้า นั้น อารมณ์และพฤติกรรมนั้น จะมีอิทธิพลย้อนกลับต่อกระบวนการทางปัญญาด้วยในขณะเดียวกันองค์ประกอบเสริมก็มีอิทธิพล ต่อกระบวนการทางปัญญาตามความเชื่อพื้นฐานของทฤษฎีนี้ จึงทำให้เกิดข้อเสนอในการแก้ไขปัญหาทางอารมณ์ของโรคซึมเศร้า โดยการปรับกระบวนการทางปัญญา เช่น ความคิด ความเชื่อ กฎส่วนตัว ความคาดหวัง จินตภาพ การระบุเหตุ การพูดกับตนเอง การคิดทางลบต่อตนเอง เป็นต้น จะส่งผลให้อารมณ์ และพฤติกรรมเปลี่ยนตามมา (Dryden and Golden อ้างถึงใน ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534)

1.2.3. ปัจจัยด้านสังคม (Social factors) แบ่งได้เป็น

3.1 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและสิ่งรบกวนในแต่ละวัน (Stressful life events and daily hassles) จากการศึกษาถึงเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิต เช่น การสูญเสีย การเป็นโรค การเจ็บป่วยร้ายแรง และปัญหาด้านสังคม เช่น ความยากลำบากในการดูแลสุขภาพ และสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Murphy, 2000)

3.2 การสูญเสีย (Bereavement) เป็นความรู้สึกเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังที่มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือสิ่งที่รัก อาการที่พบ เช่น รู้สึกไม่สบายตัว หายใจไม่อิ่ม ถอนหายใจบ่อยๆ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่อยากอาหาร คิดถึงคนที่เสียชีวิตเป็นอย่างมาก บางครั้งคิดอยากตาย โดยเฉพาะในช่วงสองเดือนแรกหลังการสูญเสีย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) หากนานเกิน 2 เดือนแล้วยังไม่ดีขึ้นจะให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล, 2549) ในการสูญเสียอาชีพ การงาน อาจเนื่องมาจากการลาออกหรือเกษียณอายุ ทำให้ขาดรายได้ ในการดำเนินชีวิตของตนเอง และครอบครัว ขาดการยอมรับในสังคม (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

3.3 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ (Socio-economic disadvantage) ทำให้ขาดแคลนสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต เนื่องจากรายได้ไม่แน่นอน หาเงินไม่พอใช้จ่าย ความยากจน ทำให้อยู่ในบ้านที่ไม่น่าอยู่ อนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ดี สุขภาพไม่ดีเจ็บป่วยบ่อยเกิดความเครียด จนหนทางรู้สึกช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ธรรณิทร์ กองสุข, 2550)

3.4 การขาดการสนับสนุนทางสังคม (Impaired social support) แรงสนับสนุนหรือการเอาใจใส่จากสังคมรอบตัวของผู้ป่วยนับเป็นปัจจัยสำคัญในการต่อต้านอาการที่นำไปสู่สาเหตุ

ของโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวอ้างว้าง มีเพื่อนน้อย รวมทั้งครอบครัวมีปัญหาภายในมักจะมีแนวโน้มพัฒนาอารมณ์ไปสู่โรคซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนปกติ (บุญยภพ สิทธิพรอนันต์, 2550)

สรุปได้ว่าปัจจัยของการเกิดโรคซึมเศร้า แบ่งเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้านชีววิทยา ได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาท พันธุกรรม ด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความผิดปกติของความคิดและบุคลิกภาพ การเรียนรู้ ด้านสังคม ได้แก่ ปัญหาทางการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์ไม่ดีภายในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดี ซึ่งปัจจัยด้านต่างๆ เหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งสิ้น

1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงถือตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ทั่วไปดังนี้ ระบบการจำแนกโรคที่นิยมใช้ในปัจจุบันมี 2 ระบบ ได้แก่ (มาโนช หล่อตระกูล และคณะ, 2548)

1. Manual of Diagnostic and Statistic Mental Disorder, 4th edition (DSM-IV) เป็นระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 เริ่มใช้ ค.ศ. 1994 และปัจจุบันมีการเรียบเรียงคำอธิบายของโรคที่เกี่ยวข้องตามบริบท วัฒนธรรมต่างๆ เพิ่มขึ้นจึงเป็นฉบับ Text Remission เริ่มใช้ ค.ศ. 2000 เป็นต้นมา

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (ปราโมทย์ สุขนิชนัน, มาโนช หล่อตระกูล, 2548) มีอาการดังต่อไปนี้

- 1) มีอารมณ์ซึมเศร้าเกือบตลอดเวลาทั้งวัน และเป็นติดต่อกันทุกวัน
- 2) ความกระตือรือร้น ความรู้สึกสนุกสนานในกิจกรรมที่เคยทำ เคยชอบจะลดลงมาก มีพฤติกรรมเฉื่อยชาตลอดเวลาเกือบตลอดเวลา หรือติดต่อกันเกือบทุกวัน
- 3) ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงอาจลดลงหรือเพิ่มขึ้นทุกวันหรือเกือบทุกวันทำให้น้ำหนักเปลี่ยนแปลงชัดเจน ถ้าเบื่ออาหารน้ำหนักก็จะลดลงชัดเจน ถ้าอยากอาหารน้ำหนักก็จะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน
- 4) การนอนผิดปกติอาจนอนไม่หลับหรือหลับบ่อยเกินไปหรือหลับนานผิดปกติจากเดิมเกือบทั้งวัน
- 5) มีการเปลี่ยนแปลงทางการเคลื่อนไหวทางร่างกาย เช่น กระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง มากกว่าปกติหรือเชื่องช้าหรือความคิดเชื่องช้าหรือคิดฟุ้งซ่านมากขึ้นเกือบทุกวัน อ่อนแรง ไม่มีแรงเกือบทั้งวัน
- 6) มีความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกที่ตนเองผิดหรือไม่ดีอย่างมากเกินเหตุเกือบทุกวัน ความรู้สึกนี้อาจรุนแรงถึงขั้นหลงผิด (Delusion) สมมติไม่ตี ความสามารถในการตัดสินใจลดลงจนไม่สามารถตัดสินใจได้ โดยมีอาการเช่นนี้เกือบทุกวัน

2. International Classification of Disease and Relate Health Problem, 10th revision (ICD-10) เป็นระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 เริ่มใช้ ค.ศ.1992 (สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) มีดังนี้

1. มีอารมณ์ซึมเศร้าส่วนใหญ่ของวันหรือแทบทั้งวัน

2. ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก
แทบทุกวัน
3. น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้เป็นจากการคุมอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ
4. นอนไม่หลับหรือหลับมากไปแทบทุกวัน
5. Psychomotor agitation คือ จิตใจไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่าย กระวนกระวาย และลูกลี้ลูกลอน
6. อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน
7. รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป
8. สมาธิหรือการคิดอ่านลดลง
9. คิดถึงเรื่องความตายอยู่เรื่อยๆ psychomotor retardation(มีการเคลื่อนไหว น้อยมากจนแทบไม่ขยับเนื้อตัว) แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น)
- อาการที่เกิดขึ้นอยู่นาน 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ไป จากแต่ก่อนโดยมีอาการ 1 ข้อของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า (2) เบื่อหน่ายไม่มีความสุข

1.4 อาการของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

อาการของโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุจะมีอาการแตกต่างจากที่พบในผู้ป่วยอายุน้อย ลักษณะที่เด่นชัด คือ ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบายกายอย่างมาก ในขณะที่ความผิดปกติของอารมณ์มีไม่มากหรือเด่นชัด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

ลักษณะทางคลินิกมีดังต่อไปนี้

1. มีอาการแสดงออกของการเจ็บป่วยทางฝ่ายกาย ผู้สูงอายุจะครุ่นคิดกังวลว่าสุขภาพไม่ดี อาการไม่สบายทางกายหลายๆอย่าง เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง สมองมีนชา ปวดศีรษะ ท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นท้องและคลื่นไส้อาเจียน บางรายกังวลกลัวเป็นโรคทางกายที่ร้ายแรง
2. มีความรู้สึกไม่ร่าเริง หรือแจ่มใส อาจมีอาการเศร้าแต่ไม่มาก บางรายมีสีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ รายที่เป็นมากจะมีอารมณ์เศร้าอย่างชัดเจน
3. มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย
4. มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลดและท้องผูก
5. นอนไม่หลับ มักเป็นแบบตื่นตอนดึก หรือตื่นเช้ากว่าธรรมดา
6. สมรรถภาพในการทำงานลดลง ร่วมกับอาการอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย
7. ความคิดเชิงซ้ำ สมาธิเสีย ลังเล ไม่มีความมั่นใจ อาการคล้ายสมองเสื่อม
8. ผู้สูงอายุบางรายมีอาการพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย
9. มีความรู้สึกไร้ค่า ถูกทอดทิ้ง สิ้นหวัง
10. มีความรู้สึกผิดและลงโทษตัวเองพบในรายที่เป็นมาก พร้อมกันนี้จะมีอาการเบื่อชีวิตคิดอยากตาย
11. ผู้สูงอายุที่เป็นมากขึ้นเป็นโรคจิต จะมีอาการหลงผิดว่าตนเองเจ็บป่วยทางกายและอาการหลงผิดชนิดอื่นๆ ในคนสูงอายุ อารมณ์เศร้าและความเจ็บป่วยทางกายจะมีความสัมพันธ์กัน อย่างไม่ใกล้ชิด เมื่อมีโรคทางกายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะลดต่ำลงทำให้เกิดความซึมเศร้า

สรุปได้ว่า อาการของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุแบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านร่างกาย ได้แก่ นอนหลับยาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ด้านอารมณ์ ได้แก่ วิตกกังวล อยากร้องไห้ ไร้ค่าหมดหวัง บางรายฉุนเฉียว หงุดหงิด ด้านความคิด มีกระบวนการคิดทางลบ การรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ด้านแรงจูงใจ มีลักษณะแบบถดถอย แยกตัว ซึม เฉยเมย หมกมุ่นเรื่องของตนเอง

1.5 การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

1.5.1 Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D)

สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1960 โดยมีจุดประสงค์ในการใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามลำดับความรุนแรงของโรค เป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลรักษา (อัจฉราพร ลิ้มวิญญูวงศ์ และคณะ, 2544 : 312) มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ต่อมามีการปรับปรุงแบบประเมินนี้ มีคำถามจำนวน 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่นๆ 4 ข้อ (Hamilton, 1967) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) แบบประเมินนี้สร้างมาเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ แบบประเมินนี้เหมาะสมในใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

1.5.2 Beck Depression Inventory (BDI)

สร้างขึ้นโดย Beck ในปี พ.ศ. 1961 และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม แบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่ง 15 ข้อแรก เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมค่านิยม ความซึมเศร้าของ Beck ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น เป็นแบบประเมินที่ใช้ง่าย และประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานด้านบริหาร และวิจัยมาก ใช้ได้ทั่วไปในผู้ป่วยและในประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate-severe depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) (ลัดดา แสนสีหา, 2536)

1.5.3 Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS หรือแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ

พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสภาพสมอง เครื่องมือนี้มีรากฐานมาจาก Yassvage et al., (1978) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกโดย อรรพรรณ ลิ้มทองอินทร์ (2553) การแปลผล 0-12 คะแนน หมายถึงปกติ 13-18 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าปานกลาง 25-30 คะแนน หมายถึง มีความเศร้ารุนแรง เครื่องมือนี้ได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 275 ราย ทั่วประเทศ พบว่า มีค่าคงที่ภายใน KR20 เท่ากับ 0.93 (นุสรา นามเดช, 2539 อังโน สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์, 2548) แบบประเมินนี้เหมาะที่จะใช้ในการวินิจฉัยโรคและภาวะซึมเศร้า

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสภาพสมอง เนื่องจากแบบประเมินนี้เหมาะสำหรับใช้กับผู้สูงอายุไทยซึ่งกลุ่มประชากรในงานวิจัยนี้เป็นผู้สูงอายุในประเทศไทย และแบบประเมินนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพมีความเที่ยง .87 มีค่าคงที่ภายใน .93 ใช้เวลา 10 นาที เหมาะสมสำหรับใช้กับผู้สูงอายุ

1.6 การรักษาโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ

มาโนช หล่อตระกูลและคณะ (2548) ได้จำแนกการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไว้ดังนี้

1. การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในรายที่มีอาการมาก เช่น มีอารมณ์ซึมเศร้ามาก นอนไม่หลับหรือหลับยาก กระวนกระวายมาก ไม่ทานอาหาร หรือมีความคิดฆ่าตัวตายบ่อยๆ ให้อาบน้ำรักษาตัวในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง

2. การรักษาด้วยยา การรักษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินของโรค

2.1 การรักษาในระยะเฉียบพลัน (Acute treatment) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบ ขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ คือ เข้าสู่ระยะ Emission ยาหลักที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ ยาแก้ซึมเศร้าในระยะนี้ยาแก้ซึมเศร้าได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80

2.2 การรักษาในระยะต่อเนื่อง (Continuation treatment) เป็นการให้การรักษาต่ออีกประมาณ 3-9 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ Recover ทั้งนี้พบว่าหากหยุดยาการรักษาก่อนนี้ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด Relapse สูงมาก

2.3 การป้องกันระยะยาว (Prophylactic treatment) การให้ยาเพื่อป้องกันจะพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด Recurrence สูง

หลักการบำบัดรักษาด้วยยาด้านภาวะซึมเศร้า (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007)

1) พิจารณาเลือกใช้ยาชนิดที่มีฤทธิ์ ขนาด ความรุนแรง และผลข้างเคียงน้อยที่สุดแต่มีประสิทธิภาพการรักษาสูงสุด ยาด้านภาวะซึมเศร้าที่ควรพิจารณากลุ่มแรก คือ กลุ่ม SSRI เนื่องจากมีประสิทธิภาพการรักษาเหมือนกับกลุ่ม tricyclic antidepressants แต่มีผลข้างเคียงจากยาน้อยกว่า และการพิจารณาชนิดของยากลุ่ม SSRI ควรพิจารณาเลือกใช้ยา fluoxetine และ citalopram เนื่องจากมีประสิทธิภาพการรักษาสูง ปรับง่ายกว่า และมีอาการไม่พึงประสงค์จากการหยุดใช้ยา (discontinuation/withdrawal symptoms) ต่ำ

2) คำนึงถึงการเกิด antidepressant drug interactions จากการใช้ยาหลายตัวร่วมกัน เช่น การใช้ lithium ร่วมกับ fluoxetine หรือ sertraline อาจทำให้ระดับ lithium เพิ่มขึ้น การใช้ NSAIDs ร่วมกับ SSRIs อาจเกิดอันตรายกับระบบย่อยอาหาร หรือการใช้ atypical antipsychotics (clozapine) ร่วมกับ citalopram, fluoxetine, fluvoxamine, sertraline พบว่า SSRIs มีผลยับยั้งกระบวนการเมแทบอลิซึม clozapine ที่ตับ เป็นต้น

3) คำนึงถึงภาวะเป็นพิษที่เกิดจากการใช้ยาด้านภาวะซึมเศร้าเกินขนาดในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะการใช้ยากลุ่ม tricyclic antidepressants

4) ฝ้าสังเกตและระวังอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากยาต้านภาวะซึมเศร้า เช่น อาการเคลื่อนไหวตลอดเวลา (akathisia) มีความคิดทำร้ายตนเอง (suicidal ideation) มีอาการวิตกกังวล (anxiety) กระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ (agitation) กรณีเช่นนี้ผู้บำบัดควรพิจารณาแผนการรักษาใหม่

5) พิจารณาการตอบสนองของผลการบำบัดรักษาด้วยยา ผู้บำบัดควรพิจารณาเปลี่ยนแผนการรักษาด้วยยาชนิดใหม่กรณีที่อาการซึมเศร้าของผู้ได้รับยาไม่ดีขึ้นภายหลังการรักษา 1 เดือน กรณีที่มีการตอบสนองต่อการรักษาเกิดขึ้นบางส่วนให้ผู้บำบัดพิจารณาปรับกลุ่มยาใหม่เมื่อดำเนินการบำบัดรักษาครบ 6 สัปดาห์

6) กลุ่มที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านภาวะซึมเศร้าได้ดีผู้บำบัดควรนัดติดตามผลครั้งแรก 2 สัปดาห์ จากนั้นควรนัดสม่ำเสมอทุก 2-4 สัปดาห์ ในช่วง 3 เดือนแรก และนัดห่างขึ้นหากผลการบำบัดมีความก้าวหน้าการบำบัดรักษาด้วยยาต้านภาวะซึมเศร้าควรดำเนินการต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนหลังจากอาการซึมเศร้าหายไปเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

3. จิตบำบัด (psychotherapy)

การบำบัดด้านจิตใจหรือการทำจิตบำบัดเป็นกระบวนการช่วยเหลือที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการลดภาวะซึมเศร้า รวมถึงการจัดการความเครียด และการป้องกันโรคซึมเศร้าของบุคคลในระยะยาว เป้าหมายของการบำบัดเพื่อช่วยให้บุคคลมองเห็น รู้จัก เข้าใจตนเองได้อย่างถูกต้องและชัดเจนตามสภาพความเป็นจริง เข้าใจสาเหตุของปัญหา สามารถแก้ปัญหาผ่านกระบวนการคิด เพิ่มขีดความสามารถในการวิเคราะห์ แยกแยะสถานการณ์ชีวิตให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสม การเรียนรู้ใหม่ในลักษณะดังกล่าวนำบุคคลไปสู่วิธีการให้ความหมายและให้คุณค่ากับชีวิตของตนเอง เกิดดุลยภาพทางสุขภาพ เกิดความสุข และความพึงพอใจจากการกระทำของตนเอง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

3.1 Cognitive-behavior therapy เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีสาเหตุมาจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง การรักษามุ่งแก้ไขความคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้นรวมถึงการปรับพฤติกรรม ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง อนาคตและสิ่งแวดล้อมมากกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากปัจจัยต่างๆ มักใช้ได้ผลดี

3.2 Interpersonal therapy เป็นการรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ สำหรับผู้ป่วย โรคซึมเศร้าสูงอายุปัญหาการสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว สังคมเป็นปัญหาหลักปัญหาหนึ่ง การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและครอบครัว

3.3 Behavior therapy เพอร์เทอร์เป็นผู้ริเริ่มนำเอาพฤติกรรมบำบัดมารักษาโรคซึมเศร้า โดยอธิบายโรคซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริมในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การพรากจากการเสียชีวิตของผู้เป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงของสถานะความเป็นอยู่ เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุปัจจัยที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และการขาดทักษะทางสังคมทำให้ขาดโอกาสที่จะได้รับแรงเสริมจากสังคมยิ่งทำให้ภาวะซึมเศร้ามากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีหลักการว่าเมื่อพฤติกรรมเปลี่ยน อารมณ์และความคิดจะเปลี่ยนตามไปด้วย พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อ

สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นเป็นการเสริมแรงด้านบวก และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบ การประสบเหตุการณ์ที่ดีจะทำให้ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้ามลดลง

3.4 Problem-Solving Therapy เกิดจากแนวคิดพื้นฐานที่เชื่อว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการแก้ปัญหาทางสังคม (social problem-solving) ดังนั้น เทคนิคการบำบัด คือ การช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีสมรรถนะและทักษะในการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ วิธีการบำบัด คือ การร่วมมือระหว่างผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามกับผู้บำบัดในการระบุปัญหา เรียงลำดับความสำคัญ ความรุนแรง และผลกระทบของปัญหา จากนั้นร่วมกันแก้ไขปัญหา การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา รูปแบบต่างๆ รวมทั้งพัฒนาพฤติกรรมในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมทดแทนวิธีการทางลบ ผลการศึกษาพบว่า Problem-Solving Therapy มีประสิทธิภาพสูงสำหรับใช้ในการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (National Institute for Health and Clinical excellence, 2007)

4. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy: ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นทางเลือกสุดท้ายของการบำบัดรักษา ใช้ในผู้ป่วยรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง โดยบำบัด 4-12 ครั้ง ในเวลา 2-3 สัปดาห์ (ดวงใจ กษานติกุล, 2536) การรักษาด้วยไฟฟ้ามีผลต่อ monoamine metabolism โดยไปลดปริมาณของ post synaptic beta adrenergic receptors และเพิ่มปริมาณของ serotonergic และ alpha adrenergic receptors ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเชื่อว่าทำให้ ผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้ามีอาการดีขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) แต่ทั้งนี้การบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้าไม่ได้ช่วยป้องกัน จึงควรให้การรักษาด้วยยาและการรักษาทางจิตใจต่อหลังจากผู้ป่วยอาการซึมเศร้าดีขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

จุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่สำคัญมี 3 ประการ คือ การทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับความสุขและปลอดภัย ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่านพ้นจากภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว และผู้ป่วยสูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต (American Nurse Psychiatric Association, 2000) ดังนี้

ประการแรก ให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับความสุขสบายและปลอดภัย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่เศร้ามมาก มักจะทำร้ายตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความทุกข์ การป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยสังเกตจากพฤติกรรมหรือคำพูดของผู้ป่วยที่อาจบ่งชี้เป็นนัยก็จะช่วยเพิ่มความระมัดระวัง และให้ความเอาใจใส่มากขึ้น ดังนี้

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบาย มีบรรยากาศแจ่มใส
2. ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยสูงอายุ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และยินดีช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวันทั้งด้านการพักผ่อน นอนหลับ การรับประทานอาหาร และอื่นๆ
3. ให้การดูแลใกล้ชิด สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยที่สุด สำหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ การอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักต้องการเพื่อน ต้องการคนเข้าใจช่วยปลอบโยนให้

กำลังใจ โดยเฉพาะช่วงตื่นนอนใหม่ๆ หากมีคนพูดคุยด้วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกอบอุ่นที่มีคนห่วงใย

4. จัดสิ่งของที่อาจมีอันตรายออกให้หมด ได้แก่ อาวุธของมีคม หรือสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายต่างๆ เช่น แก้ว เชือก เข็มขัด ตลอดจน หน้าต่าง ประตู กระจก หรือทางเข้าออกสู่ระเบียง ภายนอกที่ลื่นตา ควรหมั่นตรวจสอบไม่ให้ผู้สูงอายุเก้บยาไว้ ยาที่ใช้รักษาต้องให้รับประทานต่อหน้า เพื่อป้องกันการเก็บสะสมยา

5. ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างเต็มที่ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว เช่น เครื่องกระตุ้นการให้ยาผู้ป่วยสูงอายุให้ตรงขนาด ตรงเวลา และติดตามอาการข้างเคียงของยา หรือผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจจำเป็นต้องรักษาด้วยการช็อคไฟฟ้า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีอาการหลงผิดประสาทหลอน บางครั้งอาจได้รับการผูกมัด ควรให้การดูแลใกล้ชิด หมั่นตรวจสอบอาการผู้ป่วยสูงอายุและปลดเครื่องผูกมัดบ่อยๆ เพราะการผูกมัดอาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุบาดเจ็บอันตรายได้

6. พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพทั่วไปให้ดีขึ้น และการทบทวนประเด็นปัญหาให้กระจ่าง แยกแยะสิ่งที่ถูกต้องและสิ่งที่บกพร่องควรแก้ไข เพื่อลดความรู้สึกผิด หรือตำหนิตนเองของผู้สูงอายุ

7. ควรทำสัญญากับผู้ป่วยสูงอายุว่าจะไม่ทำร้ายตนเอง เช่น “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายภายในสัปดาห์นี้” หรือ “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายขณะอยู่โรงพยาบาล” หรือ “ถ้าฉันคิดฆ่าตัวตายฉันจะบอกให้ท่านทราบ” เป็นต้น การทำสัญญาและรักษาสัญญาเป็นสิ่งมีประโยชน์ เป็นการสร้างความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยชะลอการเกิดปัญหา และหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุ

ประการที่สอง ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่านพ้นจากภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว ควรปฏิบัติดังนี้

1. ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุ โดย

1.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีประสบการณ์ มีความรู้ และมีผู้ที่ห่วงใยในผู้ป่วยสูงอายุ เช่น บุคลากรทีมสุขภาพ ญาติ และเพื่อน ๆ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย ได้แก่ เจตคติของคนในสังคมที่ทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุลดลง ฉะนั้นพยาบาลต้องเป็นคนช่างสังเกต การพูดจาและท่าทางที่แสดงต่อผู้ป่วยสูงอายุ ควรให้ความยกย่อง นับถือ เพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของผู้สูงอายุ

1.2 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบความคิดเห็นว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิต สิ่ง que ผู้สูงอายุกลัว ความรู้สึกผิด ตำหนิตนเอง หรือความสูญเสียต่างๆ การระบายความรู้สึก จะช่วยคลายความอัดอัด ภาระจนระวายเป็น ช่วยให้อาการซึมเศร้ายาลดลง

1.3 รับฟังความคิดเห็นและการยอมรับการแสดงออกของผู้สูงอายุ เช่น อารมณ์ โกรธ หรือเศร้าเสียใจ ร้องไห้ โดยไม่คัดค้าน เพราะผู้ป่วยสูงอายุจะไวต่อการถูกปฏิเสธ หรือการไม่ยอมรับของผู้อื่น ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการกระวนกระวายมากขึ้น ควรรับฟังด้วยความสงบ ให้ความสนใจสิ่ง que ผู้สูงอายุพูด และพยายามทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

1.4 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน พยายามจัดสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมที่เหมาะสม สะดวก ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วย

สูงอายุช่วยตนเองได้ หลีกเลี้ยงสถานการณ์หรือความจำกัดต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยไม่จำเป็น

1.5 กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้ป่วยอื่นๆ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การให้ผู้ป่วยสูงอายุได้แสดงออกในสิ่งที่ถนัด หรือมีประสบการณ์ กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุคิดถึงสิ่งใหม่ ๆ ที่ดีแก่ชีวิต เช่น มีเพื่อน มีสังคม และมีกิจกรรมใหม่ที่พอใจ เป็นต้น

2. ให้ผู้ป่วยสูงอายุทบทวนภาวะซึมเศร้าของตนเอง

2.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุทบทวนสถานการณ์ และวิเคราะห์ความสูญเสียหรือปัญหาที่เกิดขึ้นมานั้นว่าเหมาะสมเพียงใด ผู้ป่วยสูงอายุเศร้าเกินไปหรือไม่

2.2 ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้สิ่งดีๆ ในชีวิต โดยกระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต ด้านที่ดีที่พึงพอใจ เป็นการมองด้านบวก เช่น ความอาทรห่วงใยของสมาชิกในครอบครัว การประสบความสำเร็จในชีวิต การช่วยเหลือผู้อื่น การมีกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย เป็นต้น

2.3 ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความกระจ่างในประเด็นปัญหาหรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตามความจริง เพื่อลดความรู้สึกผิด ต่ำหิตตนเอง หรือความขมขื่น ไม่พอใจต่างๆ ให้น้อยลง และให้มองอีกด้านที่ช่วยให้ความรู้สึกที่ดีขึ้น

2.4 ให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุในการเผชิญปัญหา และแก้ไขสถานการณ์ โดยชี้ให้เห็นถึงความเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านอุปสรรคต่างๆ มากมาย เป็นผู้มีประสบการณ์ชีวิตหลากหลาย ซึ่งจะช่วยเหลือปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ผ่านไปด้วยดี

3. ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

3.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบว่าภาวะซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ในผู้ป่วยสูงอายุ และจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเช่นเดียวกับความเจ็บป่วยด้านร่างกาย เพื่อช่วยให้อาการต่างๆ ดีขึ้น

3.2 อธิบายให้ทราบสาเหตุ อาการและการลดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น การแยกตัวจากสังคมเป็นเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า การดื่มแอลกอฮอล์ จะส่งเสริมให้คิดทำร้ายตนเอง การมองสิ่งต่างๆ ในด้านดีช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น เป็นต้น

3.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุระบายความรู้สึก และวิธิตึกคิดว่าจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า

3.4 ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม

3.5 ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติ ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุการปรับตัวที่เหมาะสม และวิธีลดความเครียด เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า เช่น การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมองโลกในแง่ดี และการออกกำลังกายเพื่อลดความเครียด เป็นต้น

3.6 ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านเศร้าซึ่งจะเริ่มได้ผลเมื่อผ่านไป 2-3 สัปดาห์ และจำเป็นต้องรับประทานยาต่อไป เพื่อให้อาการดีขึ้นพร้อมทั้งสังเกตอาการหรือผลข้างเคียงของยา เช่น อาการท้องผูก ปากแห้ง ตาพร่า ถ่ายปัสสาวะลำบาก หรือเหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง

ประการที่สาม ผู้ป่วยสูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต จากลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มักไม่สนใจตนเอง ละเลยการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งด้านสุขอนามัย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย จึงมักมีอาการท้องผูกเนื่องจากตึมน้ำน้อย และเคลื่อนไหวร่างกายน้อย อาจมีอาการบวมตามแขน ขา และมีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะลำบาก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลข้างเคียงจากยาต้านเศร้า ดังนั้นพยาบาลควรสังเกตและให้ความเอาใจใส่ด้วย โดย

1. ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ ตลอดจนมีการขับถ่ายที่เป็นปกติ ควรบันทึกปริมาณอาหารและน้ำที่ร่างกายได้รับ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ

2. ชั่งน้ำหนักตัวเพื่อสังเกตการบวมและติดตามภาวะโภชนาการ

3. จัดให้มีกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการออกกำลังกายและการพักผ่อนนอนหลับให้เหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกดีขึ้น ได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความอยากอาหาร และนอนหลับได้ดีขึ้น

4. ช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกายที่สวยงาม จะทำให้จิตใจสดชื่น ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

5. บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ ให้น้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความไม่สุขสบายทั้งจากภาวะซึมเศร้า และจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผลข้างเคียงจากยารักษาโรคด้วยฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสุขสบายขึ้นจากปัญหาต่างๆ เหล่านี้ จะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง

6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ที่ถูกต้อง เช่น แสงสว่างเพียงพอ แวนตาที่มองเห็นได้ชัดเจน และเครื่องช่วยฟังที่ใช้งานได้ดี ต้นไม้และสัตว์เลี้ยงเพื่อให้เพลิดเพลิน เกิดความรู้สึกรักและผูกพัน เป็นต้น

สรุปได้ว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อจิตใจผู้ป่วยสูงอายุมาก ที่สำคัญคือความรู้สึกมีคุณค่าของตนลดน้อยลง ซึ่งทำให้เกิดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุจึงต้องพยายามปรับตัวทางบวกคือการสร้างความเข้มแข็งทางใจให้อยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้สามารถควบคุมสภาพปัญหา หรือภาวะซึมเศร้าได้ ทำให้ไม่เกิดการเจ็บป่วยและคงมีสุขภาพดี แต่ถ้าหากการปรับตัวนี้ไม่สมดุลโอกาสการเจ็บป่วยย่อมเกิดขึ้นได้เสมอทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้กระบวนการพยาบาลโดยเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและขั้นตอนในลักษณะให้คำแนะนำให้การปรึกษา ประคับประคองรวมถึงการฝึกทักษะ สามารถค้นหาปัญหาความต้องการวางแผนดูแลกิจกรรมการดูแลตนเองตลอดจนทราบและรู้จักใช้ทรัพยากรภายใน และภายนอกของคนที่อยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อการพัฒนาทางพฤติกรรมความคิดในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างถูกต้องเหมาะสม การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้องค์ความรู้และข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Nursing Practice) และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากองค์ความรู้ผลการวิจัย ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับการปฏิบัติการ

พยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทางการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชได้เกิดการพัฒนาด้านต่างๆ ของปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ (Advanced Practice Nurse : APN) ดังต่อไปนี้

1. สมรรถนะในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง การประเมินผลการวินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อนและปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ประเมินสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนำข้อมูลด้านระบาดวิทยาสถิติของผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล และวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคซึมเศร้า ที่เกี่ยวข้องกับการป่วยต่างๆ ที่มีผลต่อความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนในการปฏิบัติการพยาบาลให้ตรงกับความต้องการและปัญหาในผู้ป่วยแต่ละราย

2. สมรรถนะในการให้ความรู้การสอนการชี้แนะแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องที่เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ กระบวนการคิดที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าและการฝึกการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโดยมีการเสริมพลังให้กับผู้ที่ฝึกดูแลจากทีมพี่เลี้ยงเป็นระยะ ๆ

3. สมรรถนะเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วย และพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทั้งให้ในระหว่างการดำเนินการ และเมื่อผู้ป่วยพบปัญหาที่ต้องการการช่วยเหลือหลังจากทำการศึกษาในระหว่างที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

4. สมรรถนะในการประสานงานกับโรงพยาบาลต่างๆ คือ ผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล คณะกรรมการด้านการวิจัย โดยชี้แจงความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์วิธีการดำเนินงานเพื่อประสานขอความร่วมมืออำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัย

5. สมรรถนะการเป็นผู้นำโดยศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุให้ได้ประสิทธิภาพคุ้มค่าใช้จ่าย ตลอดจนการลดและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตในบุคคลที่มีแนวโน้มการป่วยหรือป่วยซ้ำด้วยโรคซึมเศร้า พัฒนาให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง เผชิญปัญหา และการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งการปฏิบัติพยาบาลดังกล่าวถือเป็นบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลจิตเวช

6. สมรรถนะการนำผลงานวิจัยมาจากการศึกษาและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มาช่วยสนับสนุนการดูแล รักษาผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค และการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

7. สมรรถนะการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงจากแนวคิดการดูแลรักษาแบบเดิมมาเป็นการใช้แนวคิดใหม่เพื่อปรับให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุ

8. สมรรถนะการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์

9. สมรรถนะการจัดการและประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาวิจัย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

สรุปได้ว่าบทบาทที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คือ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทการพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการนำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของการพยาบาล คือ การส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้นและเกิดภาวะซึมเศร้าลดลง ป้องกันการป่วยซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1.8 บทบาทพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยจิตเวช

ผู้วิจัยได้เรียบเรียงแนวทางการบริการก่อนตรวจและระหว่างรอตรวจตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยนอก สถานบริการจิตเวช ระดับตติยภูมิ สำหรับพยาบาล (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2552) ดังนี้

1.8.1 พยาบาลผู้ป่วยนอกทำหน้าที่ในการคัดกรองและประเมินอาการของผู้ป่วย ดังนี้

- ระดับความรู้สึกรู้ตัว
- ลักษณะทางกายที่ผิดปกติ
- บาดแผล การพกพาอาวุธ
- ลักษณะการแต่งกาย

1.8.2 ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัยและการประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหลังการรักษา

1.8.3 ประเมินความเสี่ยง/ประเมินภาวะฉุกเฉินทางกาย/ทางจิต

1.8.4 จำแนกประเภทผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับบริการตามจุดบริการที่เหมาะสมกับความรู้แรงของอาการผู้ป่วย

- ระดับ 1 ระดับรุนแรงมาก แพทย์จะมาตรวจภายใน 15 นาที
- ระดับ 2 ระดับรุนแรงปานกลาง แพทย์จะมาตรวจภายใน 30 นาที
- ระดับ 3 ระดับมีแนวโน้มรุนแรง แพทย์จะมาตรวจภายใน 60 นาที

1.8.5 ประเมินภาวะซึมเศร้า/ประเมินพฤติกรรมทำร้ายตนเอง/ประเมินความเสี่ยงจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert drug)

1.8.6 ประเมินอาการแพ้ยาร่วมกับแพทย์และเภสัชกร

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง มีดังนี้

- แบบคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน
- แบบประเมิน TMSE ในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำ และแบบประเมิน MOCA สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
- แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย/รง.506
- แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต
- แบบคัดกรองระดับภาวะซึมเศร้า (9Q)
- แบบคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง (8Q)

สรุปได้ว่า บทบาทพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยจิตเวช จำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะในการใช้เครื่องมือต่างๆ และกระบวนการจัดการที่รวดเร็วและปลอดภัยเพื่อประเมินและคัดกรองให้ผู้ป่วยจิตเวชให้ได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัยกับผู้ป่วยมากที่สุด

1.9 บทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

ผู้วิจัยได้เรียบเรียง บทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ (อรพรรณ ลือบุญธวัช, 2554) ดังนี้

- 1.9.1 เรียนรู้และเข้าใจการดำเนินงานของโรค
- 1.9.2 รับรู้ เข้าใจ และให้กำลังใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 1.9.3 เฝ้ารวังและติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด
- 1.9.4 ปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย
- 1.9.5 จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานสม่ำเสมอ
- 1.9.6 นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
- 1.9.7 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยถนัดหรือเคยทำสำเร็จมาแล้ว
- 1.9.8 ช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การนอน การเคลื่อนไหว

สรุปได้ว่า ครอบครัวมีความสำคัญในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่สามารถกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ลดการกลับเป็นซ้ำและเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. แนวคิดความเข้มแข็งทางใจ

2.1 ความหมายของความเข้มแข็งทางใจ

จากการศึกษาเอกสารวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า การให้ความหมาย Resilience มีความหลากหลาย ส่วนในประเทศไทยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้บัญญัติศัพท์ในภาษาไทยโดยใช้คำว่า “พลังสุขภาพจิต” แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่ามีการใช้คำที่แตกต่างกัน ได้แก่ “ความหย่อนทันทาน”(เพ็ญประภา ปริญญาพล, 2546) “ความสามารถในการเผชิญวิกฤต”(ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล, 2550) “ความสำเร็จในการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยง”(นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2552)

Wagnild and Young (1990) ให้นิยามของ Resilience โดยศึกษาในสตรีวัยสูงอายุว่าเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นเอกลักษณ์โดดเด่นในสตรีวัยสูงอายุ กล่าวคือความสามารถในการปรับตัวฟื้นกลับสภาพจิตใจจากประสบการณ์ในชีวิตที่เกิดความสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างสำเร็จ

Dyer and McGuinness (1996) Resilience เป็นกระบวนการความสามารถของคนที่จะฟื้นกลับหลังจากเผชิญกับภาวะวิกฤตหรือเรื่องที่เลวร้ายให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้

Felten and Hall (2001) ให้นิยามของ Resilience โดยศึกษาในผู้หญิงที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไปว่า เป็นความสามารถที่จะประสบความสำเร็จหรือการมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจหลังผ่านการสูญเสียหรือการเจ็บป่วย

Connor and Davidson (2003) ได้ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการความสามารถส่วนบุคคลในการทนต่อความเครียดและการยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้

เพ็ญประภา ปริญญาพล (2546) ใช้คำว่า “ความยืดหยุ่นทนทาน” หมายถึงความสามารถของบุคคลที่จะผ่านประสบการณ์ลบในชีวิตหรือจัดการกับภาวะความยากลำบาก

ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล (2550) ใช้คำว่า “ความสามารถในการยืดหยุ่นยืดหยุ่นวิกฤต” หมายถึง ความสามารถในการจัดการกับปัญหาและวิกฤตของชีวิต ให้สามารถฟื้นตัวและกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว อีกทั้งเกิดการเรียนรู้และเติบโตจากการเผชิญหน้ากับปัญหาและวิกฤตนั้นๆ

นิตยา ตากวิริยะนันท์ (2552) ใช้คำว่า “ความสำเร็จในการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยง” หมายถึง ความสำเร็จของการปรับตัวของบุคคลทั้งที่มีภาวะทุกข์ยากหรือเสี่ยงต่อการปรับตัวไม่ได้

สมพร อินทร์แก้ว, เยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ, ศรีวิภา เนียมสะอาดและสายศิริ ด่านวัฒน์ (2552) กล่าวว่า ความสามารถในการยืดหยุ่นยืดหยุ่นวิกฤต เป็นกระบวนการปรับตัวและฟื้นตัวเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ยากลำบากหรือวิกฤตได้สำเร็จ

จากการให้ความหมายของนักวิชาการในข้างต้นโดยสรุปความเข้มแข็งทางใจ หมายถึง กระบวนการความสามารถในการฟื้นกลับจากภาวะยากลำบากกลับสู่สภาพที่สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ และเป็นกระบวนการที่มีอิทธิพลเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญตัวหนึ่งในการเกิดความเข้มแข็งทางใจ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คำ Resilience ว่า “ความเข้มแข็งทางใจ” เนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความเข้มแข็งที่จะต้องยืดหยุ่นต่อสู้กับโรคที่เป็นอย่างเข้มแข็งและแข็งแกร่งเพื่อสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข ความเข้มแข็งทางใจเป็นกระบวนการความสามารถของบุคคลในการปรับตัวเผชิญกับโรคเรื้อรังในที่นี้คือ โรคซึมเศร้าให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข

2.2 องค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจ

Wagnild and Young (1993) กล่าวว่า ความเข้มแข็งทางใจ เป็นปรากฏการณ์ที่มีเอกลักษณ์โดดเด่นของวัยสูงอายุ คือ ใช้ประสบการณ์ในชีวิตในการฟื้นกลับของภาวะสุขภาพจิตหลังเกิดการสูญเสียในชีวิตรวมทั้งความสามารถในการปรับตัวให้ประสบความสำเร็จจากการสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิตโดยมีองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบดังนี้ 1. การรักษาสมดุลของจิตใจ 2. ความเพียรพยายาม 3. การพึ่งพาตนเอง 4. การให้ความหมาย 5. ความสามารถในอยู่กับความเหงาได้

Connor and Davidson (2003) เป็นความสามารถส่วนบุคคลในการทนต่อความเครียดและการยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้โดยมีองค์ประกอบในการประเมินความเข้มแข็งทางใจ 5 องค์ประกอบดังนี้ 1. ความสามารถส่วนบุคคล 2. ความเชื่อมั่นในตนเอง 3. การยอมรับการเปลี่ยนแปลง 4. ความสามารถในการควบคุมตนเอง 5. อิทธิพลต่อจิตใจ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุนั้นมีเอกลักษณ์เฉพาะ คือ ความสามารถนำเอาประสบการณ์ชีวิตมาช่วยในการฟื้นกลับของสุขภาพจิต ดังนั้นในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ายังมี

โอกาสที่จะเกิดความเข้มแข็งทางใจเพื่อช่วยให้เกิดการฟื้นกลับของสภาวะจิตใจที่ดีขึ้นได้และสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.3 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ

2.3.1 Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) ของ Connor and Davidson เป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อคำถาม มาตรฐานประเมินค่า 5 ระดับ (0-4) ค่าคะแนนที่สูงแสดงว่า มีความเข้มแข็งทางใจสูง เครื่องมือได้รับการทดสอบทั้งความตรง ความเที่ยง และโครงสร้าง มีคุณสมบัติของเครื่องมือที่เหมาะสม สามารถแยกกลุ่มที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงและต่ำออกจากกันได้ โดยถูกออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช กลุ่มตัวอย่างทางคลินิกและการวัดการตอบสนองต่อการรักษาทางเภสัชวิทยาในกลุ่มประชากรทางคลินิก และยังสามารถสะท้อนสะท้อนให้เห็นถึงหลายแง่มุมของความเข้มแข็งทางใจที่มีผลต่อความอดทนของเชิงลบได้รับการยอมรับในเชิงบวกของการเปลี่ยนแปลง โดยเครื่องมือนี้ได้นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัย เช่น Campbell-sill et al. (2006), Amanda et al. (2009) โดยในงานวิจัยเหล่านี้กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่ถึงวัยสูงอายุเครื่องมือมีค่า Cronbach's alpha coefficient .89 และค่าความเที่ยง .87

2.3.2 Resilience Scale (RS) ของ Wagnild and Young เป็นแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจมีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อคำถาม มีค่า Cronbach's alpha coefficient .91 และค่าความเที่ยง .67-.84 เป็นแบบประเมินค่า 7 ระดับ (1-7) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) ความสามารถส่วนบุคคล (Personal Competence) 2) การยอมรับชีวิตและยอมรับตนเอง (Acceptance of Self and Life) เป็นการวัดโครงสร้างของความเข้มแข็งทางใจ เครื่องมือมีความตรงและความเที่ยงภายในที่เหมาะสมโดยถูกออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 53-95 ปี มีข้อจำกัดในการนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย และเป็นการประเมินคุณลักษณะเท่านั้นไม่ครอบคลุมความเข้มแข็งทางใจ

2.3.3 Brief-Resilience Coping Scale (BRCS) ประกอบด้วย 4 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) มีเป้าหมายเพื่อวัดแนวโน้มความเข้มแข็งทางใจในระดับสูง เนื่องจากเครื่องมือมีจำนวนข้อน้อย ผู้ที่พัฒนาเครื่องมือให้ข้อเสนอแนะว่าการทดสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือที่มีความจำเป็น และเครื่องมือนี้อาจมีประโยชน์สำหรับผู้ที่ต้องการค้นหาบุคคลที่ต้องการพัฒนาความเข้มแข็งทางใจ เพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจในการเผชิญวิกฤต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาระยะยาว แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์เชิงประจักษ์ว่าเครื่องมือนี้ได้ถูกนำไปใช้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของ (Connor-Davidson Resilience Scale, 2003) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ผ่านการนำมาใช้มาแล้วหลายครั้งมีค่า Cronbach's alpha coefficient .89 และค่าความเที่ยง .87 และกลุ่มตัวอย่างที่นำเครื่องมือนี้ไปใช้เป็นกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างของผู้วิจัย

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยหรือสิ่งเร้าที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 เพศ หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคลซึ่งแสดงถึงความเป็นหญิงหรือชายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จากการศึกษาพบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ (Hardy et al., 2004) ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

3.2 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผู้สูงอายุดำรงอยู่ในปัจจุบันแบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ สถานภาพคู่ โสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ ประเมินได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จากการศึกษาของ Simi (2000) สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างหนึ่งที่จะส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเอง เพราะคู่สมรสจะเป็นผู้ช่วยเหลือให้กำลังใจ เป็นเพื่อนคอยกระตุ้นให้ดูแลตนเองมากขึ้น โดยสถานภาพมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

3.3 การเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง การเจ็บป่วยหรือการที่บุคคลมีโรคประจำตัวที่เป็นมาต่อเนื่องติดต่อกันตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น การมีโรคเรื้อรังหรือสุขภาพไม่ดีส่งผลทำให้มีความเข้มแข็งทางใจลดลง (Nygren et al., 2005) ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

3.4 รายได้ครอบครัวต่อเดือน หมายถึง จำนวนเงินหรือรายได้ที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุและบุคคลในครอบครัวได้รับเป็นประจำทุกเดือน เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน อาจเป็นเงินที่ได้รับหลังเกษียณ เงินจากการดำเนินกิจการของตนเอง หรือเงินจากสวัสดิการของรัฐ รายได้เป็นตัวบ่งบอกสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินชีวิตในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเองให้มีความสุข และสามารถตอบสนองความต้องการของบุคคล ประเมินได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินได้จากข้อมูลแบบสอบถามส่วนบุคคล รายได้ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้น (Hardy et al., 2004) ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

3.5 ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ได้แก่ความสามารถในการแต่งตัว การเคลื่อนไหว การเดินทาง การทำกิจกรรมภายในบ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิต ประเมินได้จากแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ (Late-Life Function Instrument) ของ (Jette, Haley and Kooyoomjin, 2002)

เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่

3.5.1 The Barthel Index สร้างขึ้นโดย Florence and Barthel (1979) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ที่ได้รับการทดสอบ คือ ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลของแพทย์ ลักษณะของเครื่องมือเป็นมาตราประเมินค่าแบบเรียงลำดับ (Ordinal rating scale) แบบ 4 มาตรา 10 ข้อคำถาม คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าระหว่าง 0-100 โดยวัดพฤติกรรมการปฏิบัติใน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนตัวจากรถนั่งไปกลับเตียงนอน การทำความสะอาดร่างกาย การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำด้วยตนเอง

การเดินบนพื้นราบ การขึ้นลงบันได การแต่งตัว การถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ เครื่องมือนี้เหมาะในการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเพื่อคาดคะเนหรือทำนาย ศักยภาพในการคืนสู่สภาพเดิมของร่างกาย และช่วยในการวางแผนการดูแล

3.5.2 Chula Activity of Daily Living Index ซึ่งสุทธิชัย จิตตะพันธกุล (2537) เป็นผู้พัฒนาจาก Barthel Activity of Daily Living ของ Barthel and Hamony, (1965) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5 กิจกรรม คือ การเดินหรือการเคลื่อนที่นอกบ้าน การปรุงอาหาร การทำความสะอาดดูบ้าน หรือการซักกรีดเสื้อผ้า การทอนเงิน การเดินทางโดยรถขนส่งสาธารณะ เช่น รถสองแถว รถเมล์ ประกอบข้อถาม 5 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินและให้คะแนนที่แตกต่างกันไม่สามารถปฏิบัติได้ถึงสามารถปฏิบัติได้

3.5.3 Late-Life Function and Disability Instrument เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดย Jette, Haley and Kooyoomjian (2004) ซึ่งเป็นนักกายภาพบำบัดในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัย Boston โดยประเมินผลลัพธ์และการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของผลลัพธ์ 2 ประการ คือ การทำหน้าที่ (Function) และภาวะทุพพลภาพ (Disability) แต่ในงานวิจัยชิ้นนี้ ประเมินด้านการทำหน้าที่โดยมีข้อคำถามในการประเมินการหน้าที่ทั้งหมด 32 ข้อ เครื่องมือข้อคำถามเป็นการรวมกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐานและกิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำรงชีวิตเป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ซับซ้อน ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ คือ

3.5.3.1) การแสดงบทบาทส่วนบุคคล (Personal role) ได้แก่ การดูแลสุขภาพของตนเอง ดูแลความต้องการของตนเองได้ หมายรวมถึง กรออาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ การจ่ายตลาด เพื่อซื้ออาหาร การเตรียมทำอาหาร เป็นต้น

3.5.3.2) การแสดงบทบาททางสังคม (Social role) ได้แก่ การเขียนจดหมาย โทรศัพท์ การส่งอีเมลล์ การเล่นเกมเป็นต้น

ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือประเมิน Late-Life Function and Disability Instrument เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดย Jette, Haley and Kooyoomjian (2004) เนื่องจากเครื่องมือนี้ครอบคลุมประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจ คือ ประเด็นบทบาทส่วนบุคคลและบทบาททางสังคม และเป็นแบบประเมินที่เหมาะสมจะประเมินผู้สูงอายุ

3.6 ความสามารถในการรู้คิด เป็นความสามารถในการรับรู้ จดจำ การโต้ตอบ การฝึกความตั้งใจและสมาธิ เหล่านี้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ (Hardy et al., 2004) และใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai version 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2542) ในการประเมินเป็นแบบวัดความบกพร่องในการรู้คิดจำนวน 11 ข้อ ข้อคำถามเรื่องทบทวนการรับรู้เรื่องเวลา 5 คะแนน ทบทวนการรับรู้เรื่องสถานที่ 5 คะแนน ทดสอบความจำ 3 คะแนน ทดสอบความใส่ใจ 5 คะแนน การเรียกชื่อ 2 คะแนน การพูดตาม 1 คะแนน การทำตามเสียงพูด 3 คะแนน การทำตามคำเขียน 1 คะแนน การเขียน 1 คะแนน การมองโครงสร้าง 1 คะแนน การคิดค่าคะแนนความบกพร่องการรู้คิด ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา หากผู้ถูกทดสอบไม่ได้เรียนหนังสืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิดซึ่งมีคะแนนเต็ม 23 คะแนน เพราะผู้ถูกทดสอบไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 หากผู้ถูกทดสอบศึกษาระดับประถมศึกษา คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 แสดงว่ามีความ

บกพร่องในการรู้คิด หากผู้ถูกทดสอบศึกษาระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai version 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2542) ในการประเมินด้านความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มประชากรเนื่องจากสามารถช่วยแยกผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมออก

3.7 ความสิ้นหวัง เป็นภาวะอารมณ์เชิงลบของบุคคลก่อให้เกิดความเครียด สำหรับในผู้สูงอายุนั้นความสิ้นหวังเป็นแบบแผนความคิดที่คาดหวังเชิงลบเกี่ยวกับอนาคต (Beck, Weissman, Lester and Trexler, 1974) ความสิ้นหวังมีความสำคัญในการทำนายภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ความสิ้นหวังเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจทำให้อาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้นและนำมาซึ่งการฆ่าตัวตาย ความสิ้นหวังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เฉื่อยชา กล้ามเนื้ออ่อนแรง แยกตัวออกจากสังคม คิดว่าตนเองไร้ค่า และคิดทำร้ายตนเอง (Uncapheret al., 1998) จากการศึกษาของ Gooding (2012) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่าความสิ้นหวังมีความสัมพันธ์ทางลบความเข้มแข็งทางใจ

Beck (1988) อธิบายการเกิดความสิ้นหวังว่า ความรู้สึกสิ้นหวังเกิดจากการที่บุคคลมองตนเอง สิ่งแวดล้อม หรือประสบการณ์และอนาคตไปในทางลบ

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2000) ได้ให้ความหมายความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามหลักด้านจิตวิทยา หมายถึง ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบและความไร้ประโยชน์ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้

โดยสรุปความสิ้นหวัง หมายถึง คุณลักษณะหรือภาวะอารมณ์เชิงลบของบุคคล เป็นแบบแผนความคิดที่คาดหวังเชิงลบเกี่ยวกับอนาคต ก่อให้เกิดความเครียดที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตมองตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตไปในทางที่ไม่ดี รวมถึงการคาดการณ์เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในทางที่ไม่ดีด้วยและมีเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิตมองว่าตนเองไม่สามารถที่จะคาดหวังหรือเปลี่ยนแปลงตนเองในสิ่งต่างๆ เหล่านั้นในทางที่ดีได้ โดยจะมีการแสดงออกทางความรู้สึกความคิดและพฤติกรรม โดยแบบประเมินความสิ้นหวัง มีดังนี้

1. แบบประเมินความสิ้นหวังของ Beck et al. (1974) ที่พัฒนาจากแนวคิดการคาดหวังของ ตนเอง ทั้งในปัจจุบันและในอนาคตเพื่อประเมินความคาดหวังที่เป็นลบหรือความรู้สึกสิ้นหวัง เป็นข้อคำถามใช้มาตรประเมิน 2 มาตรา (ใช่, ไม่ใช่) ให้ผู้ป่วยตอบตามความรู้สึกของตนเอง ข้อคำถามที่ตอบว่า “ใช่” 9 ข้อ คือ 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19 ถ้าตอบใช่ให้ 1 คะแนน ข้อคำถามที่ตอบว่า “ไม่ใช่” 11 ข้อ คือ 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20 ถ้าตอบไม่ใช่ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมมีค่า 0–20 คะแนน คะแนนยิ่งมากยิ่งมีความสิ้นหวังมาก ผ่านการทดสอบค่าความสอดคล้องภายใน ที่ระดับ .93 และค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ ระดับ .74

2. แบบวัดความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ Geriatric Hopelessness Scale ของ (Fry, 1984 อ้างในนิษา สมานทรัพย์, 2554) ที่พัฒนามาจากทฤษฎีความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า ได้ผ่านการใช้ ประเมินกับผู้สูงอายุจำนวน 60 คนได้ค่า Interrater reliability (Kappa) = .73 Cronbach's alpha coefficient = .69 แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม มีทั้งหมด 30 ข้อ โดยข้อคำถามที่มี

ความหมายเชิงลบได้แก่ 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29 การให้คะแนนถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ 1 คะแนนส่วนข้อคำถามในเชิงบวกได้แก่ ข้อ 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28 และ 30 การให้คะแนนถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งระดับของแบบประเมินความสิ้นหวังพิจารณาตามคะแนนต่อไปนี้

คะแนน 19–30	หมายถึง	ระดับความสิ้นหวังมาก
คะแนน 11–18	หมายถึง	ระดับความสิ้นหวังปานกลาง
คะแนน 1–10	หมายถึง	ระดับความสิ้นหวังน้อย

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ (Geriatric Hopelessness Scale : GSH) ของ (Fry, 1984) เนื่องจากเป็นแบบประเมินตนเองที่ตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแต่แบบประเมินความสิ้นหวังได้พัฒนาจากแนวคิดความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า (Hopelessness Theory of Depression) เครื่องมือได้นำมาทดสอบความเชื่อมั่น Content Validity Index = .69 แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุมีลักษณะของแบบประเมินให้เลือกตอบเกี่ยวกับทัศนคติของตนเองทั้งทางบวกและทางลบ ที่เกิดขึ้นว่าตรงกับความคิดหรือความรู้สึกในขณะนี้หรือไม่ คำตอบมีลักษณะใช่และไม่ใช่ ใช้ค่าคะแนนคือ 1–30 คะแนน ที่ผ่านการทดสอบความสอดคล้องภายในที่ระดับ.69($P < .01$) ทดสอบในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคทางกาย อธิบายว่า โดยคะแนนที่เพิ่มขึ้น หมายถึงความสิ้นหวังที่เพิ่มขึ้นไปด้วย พบว่า ผู้สูงอายุมีความสิ้นหวังอยู่ในระดับคะแนน 19–30 หมายถึง มีความสิ้นหวังระดับมาก

3.8 การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุนับได้รับการช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิด คนในครอบครัว เครือข่ายทางสังคม เช่น เพื่อน เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข โดยให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุดูเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ เช่น การมีครอบครัวที่อบอุ่น มีเพื่อนที่ดี เปรียบเสมือนปัจจัยปกป้องที่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ (Talsma, 1995)

ขนาด วรณพรศิริ (2535) ให้ความหมายว่า เป็นการช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคมได้รับความช่วยเหลือ คำแนะนำ ทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้เห็นคุณค่าในตนเอง

Brandt and Weinert (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 มิติ คือ

1. ความผูกพันใกล้ชิด (Attachment) ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์โดยรวม คือทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่นช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์เช่นนี้จะพบได้ในคู่สมรส เพื่อน หรือ สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน

2. การมีส่วนร่วมในสังคม ทำให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมายมีความเป็นเจ้าของ และได้รับการยอมรับว่าตนมีคุณค่าต่อกลุ่ม

3. การส่งเสริมให้มีการพัฒนา ทำให้บุคคลได้รับการพัฒนาทั้งด้านความคิดและการตัดสินใจ

4. การได้รับการยอมรับ จากสถาบันครอบครัวหรือเพื่อน เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม บทบาทนั้นอาจเป็นบทบาทในครอบครัวหรือในอาชีพ ถ้าคนเราไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้ความเชื่อมั่น หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

5. การได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นการได้รับความช่วยเหลือด้านคำแนะนำชี้แนะหรือได้รับกำลังใจเพื่อสามารถนำไปใช้ในการแก้ไข

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีผู้พัฒนาเครื่องมือไว้หลากหลายแบบดังนี้

1) เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb ลักษณะเครื่องมือจะเป็นเรื่องสั้น 16 ชุด แต่ละชุดมีคำตอบให้เลือก 5 ลำดับ จะนำคะแนนที่ได้จากคำตอบ 16 ชุด มารวมกันเป็นคะแนนรวมซึ่งหมายถึงปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละคนได้รับ เครื่องมือชุดนี้ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใดและวัดได้เฉพาะปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้นไม่สามารถวัดเครือข่ายทางสังคมได้

2) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมแนวคิดของ (Brandt and Weinert, 1985 อ้างใน ชมนาด วรณพรศิริ, 2535) (The Personal Resource Questionnaire : PRQ85 Part II) เป็นแบบวัดที่นิยมใช้ในการวัดหน้าที่การสนับสนุนทางสังคมและมีค่าความเชื่อมั่น .93 นอกจากนี้เครื่องมือนี้ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ชมนาด วรณพรศิริ, 2535 และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลได้ค่าความเชื่อมั่น .87 และมีผู้นำเครื่องมือนี้ไปใช้อย่างกว้างขวาง เช่น รัชฎาพร ธรรมน้อย (2548) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ .88 อรพิน คำโต (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ .86

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire : PRQ85 Part II) ของ (Brandt and Weinert, 1981) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่นิยมใช้ในการวัดหน้าที่การสนับสนุนทางสังคมและมีค่าความเชื่อมั่น .93 นอกจากนี้เครื่องมือนี้ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ชมนาด วรณพรศิริ, 2535 และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลได้ค่าความเชื่อมั่น .87 และมีผู้นำเครื่องมือนี้ไปใช้อย่างกว้างขวาง เช่น รัชฎาพร ธรรมน้อย (2548) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ .88 อรพิน คำโต (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.86

3.9 ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติที่เกิดจากการทำงานของสารสื่อประสาทลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ทำให้เกิดการแปลความหมายในด้านลบ การตัดสินใจและสนใจสิ่งต่างๆ ลดลง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) มีพฤติกรรมทางร่างกายเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ทางด้านจิตใจ คือ รู้สึกเหงา หดหู่ สิ้นหวัง เฉยชา กับสิ่งแวดล้อมและอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหนึ่งที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ พบมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับวัยอื่น ร้อยละ 75 เป็นภาวะซึมเศร้า ที่มีลักษณะเป็นการตอบสนองเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ภายนอกบางอย่าง ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางกาย การสูญเสีย และเหตุการณ์สำคัญที่สร้างความเครียด เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Blazer, 2005) เกิดเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ร้ายแรง การสูญเสียตำแหน่ง จะมีอาการเหล่านี้เพียงไม่กี่วัน มักเป็นอาการทางด้านจิตใจและเกี่ยวกับอารมณ์เท่านั้น ได้แก่ ความโศกเศร้า ไม่มีความสุข โดยทั่วไปมักคิดว่าเป็นประสบการณ์ของผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงจะเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งทำให้เกิดปฏิกิริยา ตอบสนองโดยที่เป็น

เหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกับภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย แต่สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดจะรุนแรงมากกว่า เช่น การสูญเสียสมาชิกในครอบครัว อาการสำคัญ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า และความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ร่วมไปกับการรู้สึกท้อแท้หมดหวัง สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ระดับความเข้มแข็งทางใจลดลงจนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายในที่สุดและความรู้สึกนี้เป็นอย่างต่อเนื่องนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป (Hogtel, 1985) จากการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของ Hardy et al. (2004) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ ($r=-0.31, P < .001$) จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นของ (Seok; Lee; Kim; Lee; Kang; Ham; Yang and Chae, 2012) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเข้มแข็งทางใจเช่นกัน ด้านการประเมินภาวะซึมเศร้า ได้มีผู้คิดไว้หลายแบบทั้งที่ประเมินโดยแพทย์และพยาบาลที่ได้รับการอบรมและการประเมินด้วยตนเอง ได้แก่

1. แบบประเมินอาการซึมเศร้าโดยแพทย์และพยาบาลเป็นผู้สัมภาษณ์และสังเกต (interviewer and observer rated scale)

1.1 Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D)

สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1960 โดยมีจุดประสงค์ในการใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามลำดับความรุนแรงของโรค เป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลรักษา (อัจฉราพร ลีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2544 : 312) มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ต่อมามีการปรับปรุงแบบประเมินนี้ มีคำถามจำนวน 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่นๆ 4 ข้อ (Hamilton, 1960, 1967) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย (มานิช หล่อตระกูล และ คณะ, 2539) แบบประเมินนี้สร้างมาเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ โดยจำนวนข้อและการรวมคะแนนเช่นเดิม แต่ละข้อแบ่งระดับคะแนนความรุนแรงของอาการตั้งแต่ 0-2 คะแนน จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ไม่เลย (0 คะแนน) ไม่แน่ใจถึงเล็กน้อย (1 คะแนน) รุนแรง (2 คะแนน) และ 0-4 คะแนน จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ไม่เลย (0 คะแนน) ไม่แน่ใจถึงเล็กน้อย (1 คะแนน) เล็กน้อยถึงปานกลาง (2 คะแนน) ปานกลางถึงรุนแรง (3 คะแนน) และรุนแรงมาก (4 คะแนน) คะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0-52 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 8-12 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 13-17 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 18-29 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับมาก และ 30 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ผลการศึกษาพบว่า HRSD ฉบับภาษาไทย มีค่า standardized Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัด = 0.74 และค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด HRSD นี้กับ Global Assessment Scale เท่ากับ -.82 แบบประเมินนี้เหมาะสมในใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

2. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (Self-report) ซึ่งนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายเนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้

2.1 Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี พ.ศ. 1961 และได้มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม แบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่ง 15 ข้อแรก เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมค่านิยม ความซึมเศร้าของ Beck ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น เป็นแบบประเมินที่ใช้ง่าย และประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานด้านบริหาร และวิจัยมาก ใช้ได้ทั่วไปในผู้ป่วยและในประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate-severe depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) (ลัดดา แสนสีหา, 2536)

2.2 Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS หรือแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสภาพสมอง เครื่องมือนี้มีรากฐานมาจาก (Yassvage et al., 1978) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกโดย (อรรพรรณ ลีทองอินทร์, 2553) การแปลผล 0-12 คะแนน หมายถึงปกติ 13-18 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าปานกลาง 25-30 คะแนน หมายถึง มีความเศร้ารุนแรง เครื่องมือนี้ได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 275 ราย ทั่วประเทศ พบว่า มีค่าคงที่ภายใน KR20 เท่ากับ 0.93 (นุสรานามเดช, 2539 อ้างใน สุชีรา ภัทรายุทวารรัตน์, 2548) แบบประเมินนี้เหมาะที่จะใช้ในการวินิจฉัยโรค และภาวะซึมเศร้า

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสภาพสมอง เนื่องจากแบบประเมินนี้เหมาะสำหรับใช้กับผู้สูงอายุไทยซึ่งกลุ่มประชากรในงานวิจัยนี้เป็นผู้สูงอายุ และแบบวัดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพมีความเที่ยง .87 มีค่าคงที่ภายใน .93 ใช้เวลา 10 นาที เหมาะสมสำหรับใช้กับผู้สูงอายุ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Hardy et al. (2004) ได้ศึกษา Resilience ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่อาศัยอยู่ในชุมชนจำนวน 754 คน พบว่า Resilience มีความสัมพันธ์ทางลบกับกลุ่มอาการซึมเศร้า ($r = -0.31, p < 0.001$) และยังพบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์กับ Resilience ที่ระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Campbell-sill et al. (2006) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง Resilience กับคุณลักษณะส่วนบุคคล(Personality traits) รูปแบบการเผชิญปัญหาและอาการทางจิตเวชในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 132 คน จาก Sandiego State University (SDSU) เป็นเพศหญิง 72% เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ Connor-Davidson Resilience Scale ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนของ CD-RISC หรือ Resilience ในการเผชิญวิกฤตมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการทางระบบประสาท แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการชอบเข้าสังคม การมีความรอบคอบ บุคลิกภาพส่วนบุคคลกับ Resilience ในการเผชิญวิกฤตไม่มีความแตกต่างด้านเพศ การ

แก้ปัญหาที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ของงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ Resilience ในการเผชิญวิกฤต และการแก้ปัญหาที่ใช้อารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับ Resilience ในการเผชิญวิกฤต

Heisel (2006) ได้ทบทวนวรรณกรรมเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุ ประมาณ 12/100000 ที่ตายจากการฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายเป็นอุบัติการณ์ที่พบมากในผู้สูงอายุ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย คือ การเจ็บป่วยทางจิต การทำงานด้านร่างกายบกพร่อง และการมีระดับ Resilience ต่ำ

Lamond et al. (2008) ได้ศึกษาเครื่องมือที่ใช้ทำนาย Resilience ในผู้สูงอายุหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 1,395 ราย โดยในงานวิจัยชิ้นนี้แนะนำให้ใช้เครื่องมือ ประเมิน Resilience ของ Connor-Davidson (CD-RISC) เนื่องจากมีค่า Cronbach's alpha = 0.92 และเครื่องมือดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับองค์ประกอบของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในชีวิต ($r = 0.438, p < 0.001$)

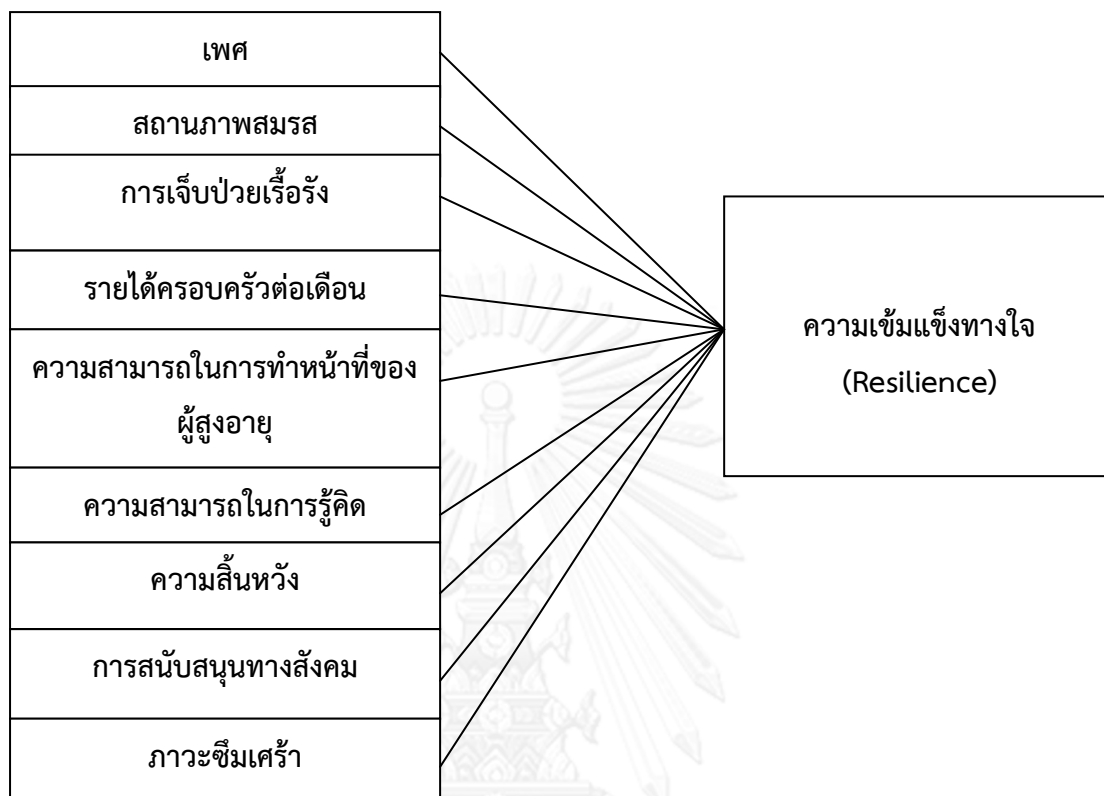
Wells (2010) ได้ศึกษา Resilience ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท ชานเมืองและในเมืองแบบภาคตัดขวาง จำนวน 277 ราย พบว่าระดับ Resilience ไม่แตกต่างกันทั้ง 3 สถานที่ทั้งในชนบท ชานเมืองและในเมือง และเมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยพบว่า เครือข่ายครอบครัวที่เข้มแข็ง รายรับของบ้านที่น้อยและการมีสุขภาพกายสุขภาพใจที่ดีมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ Resilience ที่ระดับสูงของผู้สูงอายุ ($r = .42, p = .00$)

Gooding (2011) ได้ศึกษาเปรียบเทียบ Resilience ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้สูงอายุมี Resilience โดยเฉพาะความสามารถในการแก้ปัญหามากกว่าในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้น วัยผู้ใหญ่ตอนต้น Resilience สัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.17, p < 0.05$) ความสิ้นหวังต่ำสามารถทำนาย Resilience ระดับสูงในทั้ง 2 กลุ่ม

ภรภัทร เสงอุตมทรัพย์ (2007) ได้ศึกษา Resilience ในผู้สูงอายุ โดยในงานวิจัยมีการศึกษา ทบทวนเกี่ยวกับความเป็นมา กรอบแนวคิดของ Resilience ในผู้สูงอายุ โดยมีการสรุปว่า การค้นหา กุญแจสำคัญในการปกป้องหรือการปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับ Resilience สามารถช่วยให้เกิดการ พัฒนา สนับสนุน ความเข้มแข็งทางใจในชีวิตเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถยืนหยัดในชีวิตได้อย่างมีความสุข

ต้นติมา ดั่งโยธา และคณะ (2010) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาและพัฒนาความหยุนตัวของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษารายบุคคล พบว่า ความหยุนตัวโดยรวมและรายองค์ประกอบ เฉพาะในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตาม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการให้คำปรึกษาเป็น รายบุคคลมีผลให้ความหยุนตัวของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น และผลการเปรียบเทียบความหยุนตัว โดยรวมและรายองค์ประกอบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทั้งในช่วงก่อนการทดลอง หลังการ ทดลอง และหลังการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. กรอบแนวคิดการวิจัย



กรอบแนวคิดการวิจัย อธิบายได้ว่าความเข้มแข็งทางใจเป็นกระบวนการความสามารถในการฟื้นกลับจากภาวะยากลำบากกลับสู่สภาพที่สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ และความเข้มแข็งทางใจเป็นกระบวนการที่มีอิทธิพลเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญตัวหนึ่งในการปรับสภาพจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจ มีดังนี้ 1. เพศชายมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ (Hardy et al., 2004) 2. สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างหนึ่งที่จะส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเอง เพราะคู่สมรสจะเป็นผู้ช่วยเหลือให้กำลังใจ เป็นเพื่อนคอยกระตุ้นให้ดูแลตนเองมากขึ้น โดยสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ (Simi, 2000) 3. การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือการที่มีสุขภาพไม่ดีส่งผลทำให้มีความเข้มแข็งทางใจลดลง (Nygren et al., 2005) 4. รายได้ครอบครัวต่อเดือนเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้น (Hardy et al., 2004) 5. ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ (Hardy et al., 2004) 6. ความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ (Hardy et al., 2004) 7. ความสิ้นหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ (Gooding, 2012) 8. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ (Talsma, 1995) และ 9. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ (Hardy, 2004)

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ในลักษณะการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุและปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรการวิจัย

ประชากรการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th (DSM-IV) หรือ International Classification of Disease (ICD-10) และมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยยาในระยะต่อเนื่องในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายหญิง จำนวน 165 คน ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาและสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัย(Inclusion criteria)

1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th หรือ DSM-IV-TR) หรือขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease/ICD-10) โดยมีการออกรหัสโรคตาม ICD-10 คือกลุ่มโรค F 32.0 - F32.9 ได้แก่

F32.0 อาการซึมเศร้าเล็กน้อย

F32.1 อาการซึมเศร้าปานกลาง

F32.8 อาการซึมเศร้าแฝงที่เกิดขึ้นครั้งเดียว

F32.9 อาการซึมเศร้าไม่ระบุรายละเอียด NOS

2) สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

3) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย (Exclusion criteria)

1) มีอาการทางจิต เช่น มีความคิดสับสนได้ยินเสียงแว่ว มองเห็นภาพหลอนหรือมีพฤติกรรมแปลกๆ อยู่ไม่นิ่ง

2) มีอาการร่างกายรุนแรงที่ไม่สามารถตอบสนองแบบสัมภาษณ์ได้หรือขัดต่อการตอบสนองแบบสัมภาษณ์

3) การตอบสนองแบบสัมภาษณ์ได้ไม่ครบทุกข้อหรือขอถอนตัวออกจากการวิจัย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

มีขั้นตอนดังนี้

1) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณโดยสูตรของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้ $N = 10k + 50$ (เมื่อ $N =$ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง $k =$ จำนวนตัวแปรที่ศึกษา) (Thorndike, 1978 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรอิสระ 10 ตัวแปร ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนีจึงได้ 150 คน และเพื่อให้มั่นใจได้ว่าการศึกษา วิจัยครั้งนี้จะได้จำนวนตัวอย่างเพียงพอ ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดในการศึกษาครั้งนี้คือ 165 คน

2) การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 คัดเลือกโรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางในเขตกรุงเทพมหานครที่ให้บริการสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

2.2 แบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล เนื่องจากประชากรของแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เท่ากัน จากการสำรวจประชากรของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับบริการในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ มีผู้รับบริการในปี พ.ศ. 2555 ดังนี้

**ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับบริการ
แผนกผู้ป่วยนอก จำแนกตามโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2555**

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

2.3 สุ่มเลือกวันในการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 4 พฤศจิกายน 2556–17 มกราคม 2557 รวมเป็นเวลาทั้งหมด 11 สัปดาห์ โดยเก็บข้อมูลที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ตามลำดับ ดังนี้

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เก็บข้อมูลวันคู่ ได้แก่ วันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 07.30–12.00 น.

สถาบันกัลยาธรรมาชนครินทร์ เก็บข้อมูลวันคู่ ได้แก่ วันอังคารและวันพฤหัสบดี ตั้งแต่เวลา 07.30–12.00 น.

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบประเมิน 2 ชุด ดังนี้ แบบประเมินตามชุดที่ 1 ประกอบด้วยแบบประเมินทั้งหมด 2 ส่วนใช้สำหรับคัดกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินชุดที่ 2 ประกอบด้วยแบบประเมินทั้งหมด 5 ส่วน โดยแบบประเมินในชุดที่ 1 ส่วนที่ 1, 2 และแบบประเมินชุดที่ 2 ส่วนที่ 4, 5 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาแล้วมาใช้ แบบประเมินชุดที่ 2 ส่วนที่ 1 ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบบประเมินชุดที่ 2 ส่วนที่ 2, 3 ผู้วิจัยได้ทำการแปลภาษาจากคู่มือต้นฉบับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แบบประเมินชุดที่ 1

ส่วนที่ 1 แบบประเมินสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination–Thai version 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2542) เป็นแบบประเมินความบกพร่องในการรู้คิดและใช้ทดสอบความสามารถในการรู้คิด จัดทำขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พ.ศ. 2542 จำนวน 11 ข้อ ข้อคำถามทบทวนการรับรู้เรื่องเวลา 5 คะแนน ทบทวนการรับรู้เรื่องสถานที่ 5 คะแนน ทดสอบความจำ 3 คะแนน ทดสอบความใส่ใจ 5 คะแนน ทบทวนความจำ 3 คะแนน การเรียกชื่อ 2 คะแนน การพูดตาม 1 คะแนน การทำตามเสียงพูด 3 คะแนน การทำตามคำเขียน 1 คะแนน การเขียน 1 คะแนน การมองโครงสร้าง 1 คะแนน การคิดค่าคะแนนความบกพร่องในการรู้คิด ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา หากผู้ถูกทดสอบไม่ได้เรียนหนังสืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด ซึ่งมีคะแนนเต็ม 23 คะแนน เพราะผู้ถูกทดสอบไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 หากผู้ถูกทดสอบศึกษาระดับประถมศึกษา คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด หากผู้ถูกทดสอบศึกษาระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเศร้าของผู้สูงอายุไทย (TGDS) Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS หรือแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสภาพสมอง เครื่องมือนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกโดยอรรณพ ลีทองอินทร์(2533) เครื่องมือนี้ได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศ พบว่ามีค่าความคงที่ภายใน KR20 เท่ากับ .93 (นุสรา นามเดช, 2539 อังไฉ สุชีรา ภัทรา ยุทธวรรณ, 2543) เป็นแบบวัดที่เหมาะสมในการวินิจฉัยแยกโรคซึมเศร้า สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุประเมินด้วยตนเองในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา (Self report) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 30 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ในการประเมินค่าคะแนนในข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือ ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน แล้วนับคะแนนในทุกข้อคำถามทั้ง 30 ข้อรวมกัน และแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ระดับดังนี้

0–12 คะแนน หมายถึง ความเศร้าปกติ

13–18 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าเล็กน้อย

19–24 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าปานกลาง

25–30 คะแนน หมายถึง มีความเศร้ารุนแรง

แบบประเมินชุดที่ 2

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้ป่วยของ (Connor and Davidson, 2003) เป็นแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ เครื่องมือนี้ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย ตามหลักการแปล มีข้อคำถาม 25 ข้อ สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีใครนำเครื่องมือนี้มาใช้ประเมินความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวมาแปลและพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทในสังคมไทย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการแปลเครื่องมือ แบบการแปลย้อนกลับ (Back Translation) ซึ่งกระบวนการแปลเป็นการแปลโดยผู้เชี่ยวชาญ 2 คนทั้งฉบับ คือผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนที่ 1 แปลเครื่องมือต้นฉบับเป็นภาษาไทย จากนั้นผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนที่ 2 แปลจากภาษาไทยที่ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนที่ 1 แปล (Translated version) กลับเป็นภาษาต้นฉบับ (Back translated version) จากนั้นได้นำฉบับที่ได้รับการแปลมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาตรวจสอบที่ละเอียดและปรับแก้เครื่องมือตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหา การตอบแบบสอบถามให้เลือกตามความจริงที่เกี่ยวกับตัวผู้ตอบแบบสอบถามในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	1 คะแนน
เห็นด้วยบางครั้ง	2 คะแนน
เห็นด้วยบ่อยครั้ง	3 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลผลคะแนน โดยคิดจากคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากแบบสอบถาม และแปลความหมายของคะแนนจากคะแนนรวมทั้งหมด โดยคะแนนรวมยิ่งมากแปลผลว่าผู้ป่วยยังมีระดับความเข้มแข็งทางใจสูง เกณฑ์ในการแปลผลใช้คะแนนรวม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยส่งผลการวิจัยไปให้เจ้าของเครื่องมือแปลข้อมูลเทียบโดยกับตารางในแบบประเมินต้นฉบับ

ตารางที่ 2 การแก้ไขข้อคำถามของเครื่องมือประเมินความเข้มแข็งทางใจ

ข้อที่	จากคำถามเดิม	ปรับแก้ข้อคำถามใหม่
1	ฉันสามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้	ฉันสามารถปรับตัวได้ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น
2	ฉันมีความสัมพันธ์ภาพกับบุคคลใกล้ชิดที่ไวใจได้อย่างน้อย 1 คน ซึ่งช่วยเหลือฉันได้เมื่อฉันเครียด	เมื่อฉันเครียด อย่างน้อยฉันมีคนสนิทและไวใจได้คอยช่วยเหลือ
3	เมื่อเกิดปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ บางครั้งพระเจ้าหรือโชคชะตามักช่วยฉันได้	เวลาที่หาทางออกของปัญหาไม่ได้ บางครั้งโชคชะตาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ก็ช่วยได้
5	ความสำเร็จในอดีตที่ผ่านมา ทำให้ฉันเกิดความมั่นใจที่จะจัดการกับความยากลำบากของปัญหาใหม่	ความสำเร็จในอดีตช่วยทำให้ฉันมีความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้นที่จะเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายและความยากลำบากครั้งใหม่
8	ฉันสามารถกลับมาเย็นหยัดอีกครั้ง หลังจากเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ	ฉันกลับมาเย็นหยัดได้อีกครั้ง ภายหลังจากเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บหรือได้รับความยากลำบากต่าง ๆ
10	ฉันพยายามทำดีที่สุดในการทำงานทุกครั้ง ไม่ว่าจะผลลัพธ์จะออกมาอย่างไร	ฉันพยายามทำดีที่สุด ไม่ว่าจะผลจะออกมาเป็นอย่างไร
11	ฉันเชื่อว่าฉันสามารถทำงานได้สำเร็จถึงแม้จะมีอุปสรรคมาขัดขวาง	ฉันเชื่อว่าฉันทำได้สำเร็จตามเป้าหมาย แม้จะมีอุปสรรคมาขัดขวาง
12	ฉันจะไม่ยอมแพ้ถึงแม้จะดูหมดหวัง	ถึงแม้จะดูเหมือนสิ้นหวัง แต่ฉันก็ไม่ยอมแพ้
13	ถึงจะอยู่ภายใต้ความกดดัน ฉันยังมีสติคิดได้ทะลุปรุโปร่ง	ขณะที่อยู่ในภาวะเครียดหรือกดดัน ฉันรู้ว่าขอความช่วยเหลือได้จากที่ไหน ภายใต้อาการกดดัน ฉันยังมีสติและคิดได้อย่างชัดเจน

ข้อที่	จากคำถามเดิม	ปรับแก้ข้อความใหม่
16	ฉันเป็นคนไม่ยอมแพ้ง่ายๆเมื่อทำไม่สำเร็จ	ฉันไม่หมดกำลังใจง่าย ๆ กับความล้มเหลว
17	ฉันคิดว่าตัวฉันเข้มแข็ง เมื่อต้องจัดการกับปัญหาชีวิต ที่มีความยากลำบาก	ฉันคิดว่าฉันเป็นคนเข้มแข็ง เมื่อต้องเผชิญกับความท้าทายและความยากลำบากในชีวิต
18	ฉันสามารถตัดสินใจเรื่องยากๆที่มีผลกระทบต่อผู้อื่นได้ ถ้าจำเป็นต้องทำ	ฉันสามารถตัดสินใจเรื่องที่ยากและไม่ธรรมดา ที่มีผลกระทบต่อผู้อื่นได้ ถ้าจำเป็นต้องทำ
19	ฉันสามารถรับมือกับความรู้สึกไม่สบายใจ ความเจ็บปวด ความกลัว ความโกรธได้	ฉันสามารถจัดการกับความรู้สึกที่เจ็บปวดและไม่สบายใจ เช่น ความเศร้าเสียใจ ความกลัว และความโกรธได้
20	ในการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวกับชีวิต บางครั้งฉันมีลางสังหรณ์เกิดขึ้นโดยไม่รู้ว่าจะทำไมถึงเป็นเช่นนั้น	ในการเผชิญกับปัญหาชีวิต บางครั้งฉันก็ทำตามลางสังหรณ์โดยไม่รู้เหตุผล
21	ฉันมีความรู้สึกดีต่อยุทธศาสตร์ในชีวิตรวม	ฉันมีความมุ่งมั่นต่อเป้าหมายในชีวิต
24	ฉันสามารถทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายได้ไม่ว่าจะมีสิ่งใดมาขวางกั้น	ฉันทำตามเป้าหมายได้ไม่ว่าจะมีอุปสรรคมาขวางกั้น
25	ฉันรู้สึกภูมิใจในความสำเร็จของฉัน	ฉันมีความภาคภูมิใจในความสำเร็จของฉัน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ (Late-Life Function Instrument) (Jette, Haley and Kooyoomjin, 2002 อ้างใน นภา จิรัฐจินตนา, 2554) พัฒนาเครื่องมือนี้ครั้งแรกตามแนวคิดของ Nagi (1991) ชื่อ Late-Life Function and Disability Instrument (LLFDI) เพื่อประเมินความสามารถและภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุแต่ในงานวิจัยฉบับนี้ได้รับอนุญาตให้แบบสอบถามชุดนี้ประเมินเฉพาะด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ (Late-Life Function Instrument (LLFI) ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 32 ข้อ Karb et al., (2009) ได้นำเครื่องมือไปประเมินในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำนวน 313 ราย ได้ค่าความเที่ยง

เท่ากับ 0.84 ผู้วิจัยได้นำมาเครื่องมือดังกล่าวมาแปลและพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทในสังคมไทย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการแปลเครื่องมือ แบบการแปลย้อนกลับ (Back Translation) ซึ่งกระบวนการแปลเป็นการแปลโดยผู้เชี่ยวชาญ 2 คนทั้งฉบับ คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนที่ 1 แปลเครื่องมือต้นฉบับเป็นภาษาไทย จากนั้นผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนที่ 2 แปลจากภาษาไทยที่ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนที่ 1 แปล (Translated version) กลับเป็นภาษาต้นฉบับ (Back translated version) จากนั้นได้นำฉบับที่ได้รับการแปลมาให้อาจารย์ที่ปรึกษา พิจารณาตรวจสอบที่ละเอียดและปรับแก้เครื่องมือตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหา การตอบแบบสอบถามชุดนี้เป็นการตอบตามความสามารถของผู้ตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

สามารถทำได้ดีมาก	5 คะแนน
สามารถทำได้ดี	4 คะแนน
สามารถทำได้ปานกลาง	3 คะแนน
สามารถทำได้เล็กน้อย	2 คะแนน
ไม่สามารถทำได้เลย	1 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลผลคะแนน โดยคิดจากคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากแบบประเมิน และแปลความหมายของคะแนนจากคะแนนรวมทั้งหมด โดยคะแนนรวมยิ่งมากแปลผลว่าผู้ป่วยยังมีระดับความสามารถในการทำหน้าที่สูง เกณฑ์ในการแปลผลใช้คะแนนรวมของคะแนนที่แปลงค่าแล้ว โดยเทียบกับตารางในแบบประเมินต้นฉบับ

ตารางที่ 3 การแก้ไขข้อคำถามของเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ

ข้อที่	จากคำถามเดิม	ปรับแก้ข้อคำถามใหม่
2	ขึ้นและลง 1 ช่วงบันได โดยจับราวบันได	ขึ้นและลงบันได 5 -10 ชั้น ภายในอาคารหรือที่พักอาศัย โดยจับราวบันได
4	วิ่ง 0.8 กิโลเมตรหรือมากกว่านั้น	วิ่ง ประมาณ 1 ป้ายรถเมล์หรือมากกว่านั้น
7	เดิน 1.5 กิโลเมตรโดยพักเท่าที่จำเป็น	เดินได้ประมาณ 3 ป้ายรถเมล์ (1.5 กิโลเมตร) และพักเท่าที่จำเป็น
8	ขึ้นและลงหนึ่งช่วงบันไดโดยไม่จับราวบันได	ขึ้นและลง บันได 5 -10 ชั้นโดยไม่จับราวบันได
9	วิ่งในระยะทางสั้นๆ เช่นวิ่งตามรถเมล์	วิ่งในระยะทางสั้น ๆ เช่น วิ่งขึ้นรถเมล์

ข้อที่	จากคำถามเดิม	ปรับแก้ข้อความใหม่
18	เข้าและออกจากรถยนต์หรือรถแท็กซี่	ขึ้นและลงจากรถยนต์หรือรถแท็กซี่
19	เดินขึ้นทางเดินที่พื้นผิวไม่เท่ากัน รวมถึงการเดินขึ้นเขาประมาณ 3 กิโลเมตร	เดินขึ้นที่สูงพื้นขรุขระ ประมาณ 6 บ้ายรถเมล์ (3 กิโลเมตร)
20	ขึ้นและลงบันได 3 ช่วงโดยจับราวบันได	ขึ้นและลงบันไดประมาณ 10 - 15 ชั้นภายในอาคาร โดยจับราวบันได
22	ใช้เก้าอี้เตี้ยช่วยเมื่อต้องเอื้อมให้ถึงตู้ที่อยู่สูง	ใช้เก้าอี้เตี้ยเพื่อช่วยหยิบของในตู้ที่อยู่สูง
29	เดินในระยะทางหลายช่วงตึก	เดินได้ไกลหลายช่วงตึก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสิ้นหวังของผู้สูงอายุ Geriatric Hopelessness Scale ของ (Fry, 1984 อ้างในนิษา สมานทรัพย์, 2554) ที่พัฒนามาจากทฤษฎีความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า ได้ผ่านการใช้ประเมินกับผู้สูงอายุจำนวน 60 คน ได้ค่า Interrater reliability (Kappa) = .73 Cronbach's Alpha coefficient = .69 แบบประเมินประกอบด้วยข้อความ มีทั้งหมด 30 ข้อ โดยข้อความที่มีความหมายเชิงลบ ได้แก่ 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29 การให้คะแนนถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ 1 คะแนนส่วนข้อความในเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28 และ 30 การให้คะแนนถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งระดับของแบบประเมินความสิ้นหวังพิจารณาตามคะแนนต่อไปนี้

คะแนน 1-10 หมายถึง มีระดับความสิ้นหวังไม่รุนแรง

คะแนน 11-18 หมายถึง มีระดับความสิ้นหวังรุนแรงปานกลาง

คะแนน 19-30 หมายถึง มีระดับความสิ้นหวังรุนแรงมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแนวคิดของ (Brandt and Weinert, 1981 อ้างใน ชมนาด วรรณพรศิริ, 2535) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire : PRQ85 Part II) ของ Brandt and Weinert, (1981) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่นิยมใช้ในการวัดหน้าที่การสนับสนุนทางสังคมและมีค่าความเชื่อมั่น .93 นอกจากนั้นเครื่องมือนี้ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ชมนาด วรรณพรศิริ, 2535 และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลได้ค่าความเชื่อมั่น .87 และมีผู้นำเครื่องมือนี้ไปใช้อย่างกว้างขวาง เช่น รัชฎาพร ธรรมน้อย (2548) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ .88 อรพิน คำโต (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ .86 มีข้อความทั้งหมด 25 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความรู้สึกรู้สึกผูกพันใกล้ชิด (Attachment) 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-5 2) ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) 5 ข้อ ได้แก่ 6-10 3) ด้านได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา

(Opportunity for nurturance) 5 ข้อ ได้แก่ 11–15 4) ด้านการได้รับการยอมรับในคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) 5 ข้อ ได้แก่ 16–20 5) ด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำที่เหมาะสม (The obtaining of guidance) 5 ข้อ ได้แก่ 21–25 ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามปลายปิด โดยแบ่งลักษณะของข้อคำถามที่มีความหมายในเชิงบวก (Positive) และข้อคำถามที่มีความหมายในเชิงลบ (Negative) ดังนี้

ข้อคำถามที่มีความหมายในเชิงบวก (Positive) จำนวน 19 ข้อ ได้แก่ 1, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25

ข้อคำถามที่มีความหมายในเชิงลบ (Negative) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 2, 5, 9, 11, 13, 21 การตอบแบบสอบถามให้เลือกตามความถี่ของความคิดเห็น แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมาก	3	คะแนน
ค่อนข้างเห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลการแบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ พิจารณาตามคะแนนดังต่อไปนี้

25-50 คะแนน	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมไม่ดี
51-75 คะแนน	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทุกส่วนให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 5 ท่าน (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากุล, 2555) ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลสุขภาพและจิตเวช 1 ท่าน จิตแพทย์ 2 ท่านและพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่านเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และข้อเสนอแนะในการปรับปรุง โดยจัดทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงระดับความคิดเห็น ตั้งแต่ 1 ถึง 4 ดังนี้ คะแนน 1 = คำถามในข้อนั้นๆ ไม่สอดคล้องกับคำนิยาม คะแนน 2 = คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามน้อย คะแนน 3 = คำถามในข้อนั้นๆ ค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม คะแนน 4 = คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามมาก

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) โดยถือเกณฑ์ตามความเห็นของ

ผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรงกัน และสอดคล้องกัน ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2555) โดยคำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีการปรับปรุงแบบประเมินทั้งด้านการปรับภาษาให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย และกระชับ โดยพิจารณาร่วมกับโครงสร้างเนื้อหาในแต่ละตัวแปร เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า แบบประเมินมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ดังรายละเอียดที่นำเสนอในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่รวบรวมข้อมูล

เครื่องมือ	ความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (CVI)
แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ	0.84
แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ	0.81
แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ	0.88
แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	0.96

การหาค่าความเที่ยง (Reliability)

นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งสิ้น 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือทุกส่วนยกเว้นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) หากค่าสถิติของตัววัดมีค่ามากกว่า 0.7 ขึ้นไป แสดงว่ามีความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัดสามารถนำไปใช้ในการศึกษาต่อไป (Nunnally and Berstein, 2001) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปในแบบประเมินทุกชุดที่นำไปทดลองใช้และนำเครื่องมือวิจัยมาปรับปรุงข้อคำถามอีกครั้งร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริง ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือแต่ละชุดจากการทดลองใช้และการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้ดังรายละเอียดที่นำเสนอในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตารางแสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ค่าความเที่ยง	
	กลุ่มทดลอง (Try out) (N=30 คน)	กลุ่มตัวอย่างจริง (N=165 คน)
แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย	0.74	0.81
แบบประเมินความเครียดของผู้สูงอายุไทย	0.85	0.88
แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ	0.89	0.89
แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ	0.79	0.80
แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ	0.88	0.89
แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	0.81	0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองรวมทั้งสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขอนหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาและสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยชี้แจง เรื่องที่จะทำการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขออนุญาตจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยแต่ละโรงพยาบาลตามวันและเวลาดังนี้

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา วันจันทร์ วันพุธ วันศุกร์ เวลา 07.30–12.00 น.

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ วันอังคาร วันพฤหัสบดี เวลา 07.30 – 12.00 น.

2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกและเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกคลินิกจิตเวชที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. การเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดย

3.1 ผู้วิจัยเตรียมเอกสารระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างตามเป้าหมายติดไว้ที่โต๊ะของพยาบาลคัดกรองและเตรียมกระดาษที่แสดงสัญลักษณ์ข้อความ “ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการสัมภาษณ์วิจัย” เพื่อให้พยาบาลคัดกรองติดที่หน้าเวชระเบียนของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

3.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคัดกรองจากพยาบาลคัดกรอง โดยมีการติดหน้าเวชระเบียนของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายแสดงสัญลักษณ์ข้อความ “ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการสัมภาษณ์วิจัย” ส่งมายังโต๊ะเก็บข้อมูลวิจัยหน้าห้องตรวจแพทย์ ผู้วิจัยจะดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่อย่างไร โดยการให้ผู้ป่วยเริ่มทำแบบประเมินชุดที่ 1 ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดออกข้อใดข้อหนึ่ง ผู้วิจัยจะคัดกลุ่มตัวอย่างนั้นออก แต่หากกลุ่มตัวอย่างมี

คุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยจะดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินชุดที่ 2 ต่อเนื่อง

4. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยพินิจสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเอกสารชี้แจงข้อมูล และหนังสือยินยอม และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดพร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบประเมิน แต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในบริเวณโต๊ะรับคิวหน้าห้องตรวจแพทย์เป็นบริเวณเก็บข้อมูลของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และบริเวณห้องที่เป็นสัดส่วนของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามของแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างฟังและกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง แต่จะอ่านข้อคำถามให้ใน กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบประเมินด้วยตนเองได้ เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา อ่านหนังสือไม่ออก สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านแบบประเมินได้ ผู้วิจัยจะให้ทำแบบประเมินด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบประเมินประมาณ 30-45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา

6. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินยังไม่เสร็จสมบูรณ์ โดยมีกิจกรรมที่ต้องทำอย่างอื่นก่อนเช่นถึงคิวเข้าพบแพทย์ ผู้วิจัยก็จะให้กลุ่มตัวอย่างทำในกิจกรรมที่ต้องทำก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบประเมินให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากทำกิจกรรมอื่นที่ต้องทำแล้ว

7. เมื่อได้รับแบบประเมินกลับคืนมา ผู้วิจัยจะตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล

8. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และตอบข้อซักถาม

9. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยและญาติ

10. ดำเนินการตามข้อ 3-9 ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 11 สัปดาห์ ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2556 ถึงเดือน มกราคม 2557 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด 165 คน จึงนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ความครบถ้วนของแบบประเมินแต่ละฉบับอีกครั้งและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การพินิจสิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับอนุญาตให้ทำวิจัย โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งแนะนำตัว ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ ได้แก่ การได้รับความเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ ความยุติธรรม การพินิจสิทธิ์ในการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงประโยชน์ของการให้ผลวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินใช้เวลา 30-45 นาที การตอบแบบประเมินด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบประเมินในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการ

ให้บริการสุขภาพแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างตอบแบบประเมิน หากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยแล้วไม่พอใจ หรือไม่ต้องการตอบแบบประเมินต่อ สามารถบอกเลิกได้ รวมทั้งผู้วิจัยจะทำการ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ชี้แจงข้อมูลว่าข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ และนำข้อเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent Form)

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบตามต้องการแล้ว ผู้วิจัยทำการลงรหัสข้อมูล นำข้อมูลไปลงใน โปรแกรมวิเคราะห์สถิติแบบสำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สถิติที่ใช้ในการ วิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวต่อเดือน นำมาวิเคราะห์โดยการ แจกแจงค่าความถี่และร้อยละ

2. การวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสามารถในการทำหน้าที่ ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้า

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรสถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทาง สังคมและภาวะซึมเศร้า กับความเข้มแข็งทางใจ ด้วยสถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พอยท์ไบเซเรียล (Point Biserial Correlation) สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

การพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร พิจารณาได้จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์หรือ ค่า r (Salkind and Neil, 2000) ดังนี้

$r = 0.0 - 0.2$ มีความสัมพันธ์กันต่ำมาก

$r = 0.2 - 0.4$ มีความสัมพันธ์กันต่ำ

$r = 0.4 - 0.6$ มีความสัมพันธ์กันปานกลาง

$r = 0.6 - 0.8$ มีความสัมพันธ์กันสูง

$r = 0.8 - 1.0$ มีความสัมพันธ์กันสูงมาก

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) ในลักษณะวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ และหาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าโดยนำเสนอรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวต่อเดือน การเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้า โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สัญลักษณ์ทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้

N	หมายถึง	จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง
\bar{X}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย (Mean)
\pm SD	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
Sig	หมายถึง	ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติทดสอบ (Significance)
r	หมายถึง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน
ρ	หมายถึง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน
r_{pb}	หมายถึง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล
p	หมายถึง	ระดับความมีนัยสำคัญ

ตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวต่อเดือน การเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละ

ตารางที่ 6 ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวต่อเดือน การเจ็บป่วยเรื้อรัง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N =165)	ร้อยละ
อายุ (ปี) ($\bar{X} = 66.18, \pm SD = 4.54, MAX = 79, MIN = 60$)		
60 – 70	135	81.8
71 – 80	30	18.2
เพศ		
ชาย	57	34.5
หญิง	108	65.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	1.8
ประถมศึกษา	80	48.5
มัธยมศึกษาตอนต้น-อนุปริญญา	70	42.4
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	12	7.3
สถานภาพสมรส		
โสด	13	7.9
คู่	90	54.5
หย่า / หม้าย / แยกกันอยู่	62	37.6
รายได้ครอบครัวต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	15	9.1
10,001 – 20,000 บาท	47	28.5
20,001 – 30,000 บาท	36	21.8
30,001 – 40,000 บาท	27	16.4
40,001 ขึ้นไป	40	24.2
การเจ็บป่วยเรื้อรัง		
มี	121	73.3
ไม่มี	44	26.7

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย (\bar{X}) เท่ากับ 66.18 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 4.54 กลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยสุดอายุ 60 ปี อายุมากที่สุด 79 ปี กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 60 – 70 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 81.8 รองมาคือช่วงอายุ 71–80 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.2 กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48.5 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น-อนุปริญญาขึ้นไป ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป และไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 42.4 , 7.3 และ 1.8 ตามลำดับ พบว่าสถานสภาพสมรส คู่ มากที่สุด รองลงมาเป็นหย่า/หม้าย แยกกันอยู่ และโสด คิดเป็นร้อยละ 54.5, 37.6 และ 7.9 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000–20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 28.5 รองลงมาเป็นช่วง 40,001 บาทขึ้นไป 20,001–30,000 บาท 30,001–40,000 บาท และน้อยกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 24.2, 21.8, 16.4 และ 9.1 ตามลำดับ ด้านการเจ็บป่วยเรื้อรังพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 73.3 ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง และ โรคเบาหวาน เป็นต้น

ตอนที่ 2 การศึกษาข้อมูลความเข้มแข็งทางใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 7 คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเข้มแข็งทางใจและ ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	Min/Max	\bar{X}	\pm SD
ความเข้มแข็งทางใจ (คะแนน 0-100 คะแนน)	8/88	64.79	17.63
ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ (คะแนนเต็ม 0- 100 คะแนน)	36.51/75.94	70.43	13.74

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความเข้มแข็งทางใจต่ำสุด 8 คะแนน สูงสุด 88 คะแนน ค่าเฉลี่ยของความเข้มแข็งทางใจเท่ากับ 64.79 คะแนน ($\bar{X} = 64.79, \pm$ SD = 17.63) ระดับคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุต่ำสุด 36.51 คะแนน สูงสุด 75.94 คะแนน ค่าเฉลี่ยของความสามารถในการทำหน้าที่เท่ากับ 70.43 ($\bar{X} = 70.43, \pm$ SD = 13.74)

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

ตัวแปร	\bar{X}	\pm SD	ระดับ
ความสามารถในการรู้คิด	24.79	1.76	ไม่มีภาวะสมองเสื่อม
ความสิ้นหวัง	11.69	4.18	รุนแรงปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	50.21	8.03	ต่ำ
ภาวะซึมเศร้า	11.73	7.39	เศร้าปกติ

จากตารางที่ 8 พบว่าค่าเฉลี่ยของความสามารถในการรู้คิดเท่ากับ 24.79 ($\bar{X} = 24.79, \pm SD = 1.76$) ค่าเฉลี่ยของความสิ้นหวังเท่ากับ 11.67 กลุ่มตัวอย่างจัดอยู่ในระดับมีความสิ้นหวังรุนแรงปานกลางปานกลาง ($\bar{X} = 11.67, \pm SD = 4.25$) ค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 50.24 จัดอยู่ในระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำหรือไม่มี ($\bar{X} = 50.24, \pm SD = 8.21$) ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 11.74 จัดอยู่ในระดับมีความเศร้าปกติ ($\bar{X} = 11.74, \pm SD = 7.39$)

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเพศ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวต่อเดือน การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้ากับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์				ระดับความสัมพันธ์
	r	r _{pb}	p	p - Value	
เพศ	-	.063	-	.612	-
สถานภาพสมรส	-	.039	-	.694	-
การเจ็บป่วยเรื้อรัง	-	.075	-	.982	-
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน	-	-	.065	.407	-
ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ	.301	-	-	.000	ต่ำ
ความสามารถในการรู้คิด	.172	-	-	.027	ต่ำมาก
การสนับสนุนทางสังคม	.456	-	-	.000	ปานกลาง
ความสิ้นหวัง	-.510	-	-	.000	ปานกลาง
ภาวะซึมเศร้า	-.525	-	-	.000	ต่ำ

จากตารางที่ 9 พบว่าตัวแปรเพศ สถานภาพ การเจ็บป่วยเรื้อรัง และรายได้ของครอบครัวต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเข้มแข็งทางใจ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .301, p = .000$) ความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .172, p = .027$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .456, p = .000$) ความสิ้นหวังมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .510, p = .000$) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01$ ($r = -.525, p = .000$)

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเข้มแข็งทางใจ ภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

ตัวแปร	ความเข้มแข็งทางใจ	ภาวะซึมเศร้า	ความสิ้นหวัง
ความเข้มแข็งทางใจ	1	-.525**	-.510**
ภาวะซึมเศร้า	-.525**	1	.482**
ความสิ้นหวัง	-.510**	.482**	1

** p-value < .01

จากตารางที่ 10 พบว่าตัวแปรความเข้มแข็งทางใจ ภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวังมีความสัมพันธ์กันโดยความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.525, p = .000$) ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความสิ้นหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.510, p = .000$) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสิ้นหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .482, p = .000$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) ในลักษณะการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้ากับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

ประชากรการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease/ICD-10) หรือตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th หรือ DSM-IV-TR) ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง ใช้เวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 11 สัปดาห์ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดที่กำหนด 165 คน จึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบประเมินมีทั้งหมด 7 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบประเมินสมองเบื่องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (Connor-Davidson Resilience Scale) ส่วนที่ 5 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ (Late-Life Function Instrument) ส่วนที่ 6 แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ (Geriatric Hopelessness Scale) และส่วนที่ 7 แบบประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่แบบประเมินส่วนที่ 4, 5, 6 และ 7 ได้ .84, .81, .88, และ .96 ตามลำดับ

ส่วนการตรวจค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือส่วนที่ 1, 2, 4, 5, 6 และ 7 คือ .74, .85, .89, .79, .88 และ 0.81 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้คือ จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) และสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation coefficient) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ของ เพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด ความสับสน การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า

โดยมีสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

1. เพศ สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ
2. การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความสับสนและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ
3. รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ, ความสามารถในการรู้คิดและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ มีความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 64.79 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 17.63 ($\bar{X} = 64.7, \pm SD = 17.63$)
2. การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial correlations) ของ เพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย
3. การวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) ของ รายได้ครอบครัวต่อเดือนพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย
4. การวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ของ ความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .172, p = .027$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่า ความสามารถในการรู้คิดสูงมีความเข้มแข็งทางใจสูง
5. การวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ของ ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .301, p = .000$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่า มีความสามารถในการทำหน้าที่สูงมีความเข้มแข็งทางใจสูง

6. การวิเคราะห์หาสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ของการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .456, p = .000$) เป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีระดับความเข้มแข็งทางใจสูง

7. การวิเคราะห์หาสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ของความสิ้นหวังมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.510, p = .000$) เป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่า มีความสิ้นหวังสูงจะมีระดับความเข้มแข็งทางใจต่ำ

8. การวิเคราะห์หาสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.525, p = .000$) เป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่า มีภาวะซึมเศร้าสูงจะมีระดับความเข้มแข็งทางใจต่ำ

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) ในลักษณะวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ และเพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้ากับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ การอภิปรายผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา และสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.7 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 17.63 ($\bar{X} = 64.7, \pm SD = 17.63$) มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 165 คน

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ มีผลกระทบต่อกลไกการแก้ปัญหากระบวนการปรับตัวทางบวกของผู้ป่วยเพื่อให้กลับสู่สถานการณ์ในชีวิตที่เป็นปกติ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์กดดันหรือเผชิญกับความยากลำบาก ทำให้ไม่สามารถผ่านพ้นปัญหาและอุปสรรคไปได้ ส่งผลทำให้มีการดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างไม่ปกติสุข เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคซึมเศร้า ไม่อยากพูดคุยพบปะกับผู้อื่น ไม่อยากทำอะไร มีอาการไม่สบายทางร่างกาย แยกตัว ท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อชีวิต รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระให้กับครอบครัว ทำให้เกิดความคิดสั้นขึ้นบ่อยครั้ง ทำให้ดำเนินชีวิตอย่างไม่มีความสุข(ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Vahai et al. (2010) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุหญิงหลังหมดประจำเดือนในชุมชนของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 137 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำเฉลี่ย 63.4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.7 ($\bar{X} = 63.4, \pm SD = 14.7$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lavretsky et al. (2011) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุที่ได้รับการอบรมไทชิหรือการได้รับความรู้ด้านสุขศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 36 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำเฉลี่ย 60.5 ($\bar{X} = 60.50, \pm SD = 14.0$) ความเข้มแข็งทางใจเป็นปัจจัยปกป้องปัจจัยหนึ่งที่สามารถป้องกันและลดอัตราการตายในผู้สูงอายุได้ถึงร้อยละ 9.2 (Shen and Zeng, 2010) ทั้งนี้ความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุมีเอกลักษณ์เฉพาะคือ กระบวนการความสามารถในการนำเอาประสบการณ์ชีวิตมาช่วยในการฟื้นกลับของสุขภาพจิต อย่างไรก็ตามในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร่ายังมีโอกาสที่จะสร้างความเข้มแข็งทางใจให้เกิดขึ้นได้ ประกอบกับมีเครือข่ายสังคมที่เข้มแข็ง เช่น แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ เป็นส่วนสำคัญในการช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้มแข็งทางใจ ผ่านการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา หรือกิจกรรมต่างๆ โดยพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุเพื่อช่วยเพิ่มระดับความเข้มแข็งทางใจให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้สามารถเกิดการฟื้นกลับของสภาวะจิตใจที่ดีขึ้นได้และสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร่ากับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

2.1 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hardy et al. (2004) ที่พบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจระดับสูง อภิปรายผลได้ว่าเพศชายและเพศหญิงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม มีประสบการณ์ชีวิตและความสามารถในการเผชิญเรื่อง

ต่างๆ ไม่แตกต่างกัน (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) ในอดีตสังคมไทยยกย่องให้เกียรติเพศชายมากกว่าเพศหญิง ว่าเพศชายมีบทบาทสำคัญมากที่สุดในครอบครัวในด้านการหาเลี้ยงครอบครัว จนเจ้าครอบครัวเปรียบเสมือนเสาหลักหรือช้างเท้าหน้าของบ้าน และเปรียบเพศหญิงเสมือนช้างเท้าหลังที่ต้องทำตามหัวหน้าครอบครัวด้วยความยินยอม แต่หากขาดเสาหลักหรือช้างเท้าหน้าจะส่งผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ของคนในครอบครัวอย่างสูง ตรงข้ามกับสังคมไทยในยุคปัจจุบันเพศหญิงและเพศชายมีบทบาทเท่าเทียมกันทั้งในด้านการศึกษา การประกอบอาชีพ บทบาทในครอบครัวเพศหญิงสามารถเป็นหัวหน้าครอบครัวหารายได้เพื่อสร้างความมั่นคงของครอบครัวได้เท่าเทียมกับเพศชาย (รุจิรงค์ แอกทอง, 2549) และในขณะเดียวกันสังคมก็ให้การยอมรับเพศหญิงมากขึ้นไม่แตกต่างกับเพศชายจากผลการศึกษา จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศในการศึกษา

2.2 สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Simi (2000) ที่พบว่า

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างหนึ่งที่จะส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเอง เพราะคู่สมรสจะเป็นผู้ช่วยเหลือคอยให้กำลังใจและเป็นเพื่อนคอยกระตุ้นให้เกิดการดูแลตนเองมากขึ้น โดยสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 54.5 รองลงมาเป็นหย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 37.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ทำให้ต้องแบกรับภาระหน้าที่ในการดูแลครอบครัวเพิ่มขึ้น และจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้อย่างสมบูรณ์แบบแม้ว่าจะมีคู่ชีวิตอยู่เคียงข้าง คอยช่วยเหลือค้ำจุนสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยก็ตามซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mehta et al.(2008) อธิบายได้ว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ

2.3 การเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Nygren et al. (2005) ที่พบว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ จากการศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมากที่สุดในต่างประเทศ คือ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมองซึ่งโรคเหล่านี้มีผลกระทบต่อภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยมากที่สุด สำหรับในประเทศไทยพบว่าโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหลอดเลือดอุดตัน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง (Jittapunkul, 2001) ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่าง คือ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ตามลำดับ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ทำให้โรคดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยไม่มากนัก ไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ และผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเป็นโรคเรื้อรังที่ยังมีภาวะแทรกซ้อนไม่มากนัก ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้เมื่อเปรียบเทียบกับโรคมะเร็งหรือโรคข้อเข่าเสื่อม ที่จะมีการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากกว่า(จิรวรรณ อินคัม, 2550) อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวส่วนใหญ่สามารถมารับบริการได้ด้วยตนเอง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เหล่านี้จึงเหตุผลที่สนับสนุนว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

2.4 รายได้ครอบครัวต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ไม่สอดคล้องกับศึกษาของ Hardy et al. (2004) ที่พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อปีสูงมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจระดับสูง และไม่สอดคล้องการศึกษาของ Wagnild and Young (2003) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ กล่าวคือรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ

อภิปรายได้ว่ารายได้ครอบครัวต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมไทยในปัจจุบัน มีระบบประกันสุขภาพเข้ามามีบทบาทในการรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยทุกราย กล่าวคือทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีวิสัยทัศน์ขององค์กรว่า “ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย ได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจ” ทำให้คนไทย 48.62 ล้านคนที่ไม่มียุติประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพ ทำให้คนไทยเข้าถึงการรักษาพยาบาลมากขึ้น ทั้งนี้พบว่าเมื่ออัตราการใช้บริการ

ผู้ป่วยนอกเพิ่มสูงขึ้น เฉลี่ย 2.45 ครั้ง/คน/ปี ในปี 2546 เพิ่มขึ้นเป็น 3.37 ครั้ง/คน/ปีในปี 2555 ที่สำคัญทำให้อุบัติการณ์ของครีวเรื้อนที่อาจล้มละลายจากการต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลลดลงอย่างชัดเจน จากร้อยละ 6.8 ในปี 2539 ลดเหลือร้อยละ 2.9 ในปี 2552 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556) อีกทั้งตามการปฏิบัติสืบมาของสังคมไทย การดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของบุตรหลานและคนในครอบครัว สังคมให้คุณค่าการปฏิบัติเช่นนี้ว่า เป็นการตอบแทนพระคุณผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับหลักคำสอนของศาสนา คือเรื่องความกตัญญูตเวที (สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2552) สิ่งต่างๆ เหล่านี้จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้พบว่ารายได้ครอบครัวต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

2.5 ความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .172, p = .027$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยและสอดคล้องกับการศึกษาของ Hardy et al. (2004) ที่พบว่าความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Swearer et al. (2002) ที่พบว่าความเข้มแข็งทางใจไม่มีความสัมพันธ์กับการประเมินคะแนนความสามารถด้านการรู้คิด ความสามารถในการรู้คิดเชื่อว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับภาวะกดดันหรือภาวะวิกฤตและมีรูปแบบความคิดบิดเบือนไป โดยจะประเมินเหตุการณ์และแปลผลไปในทางลบต่อตนเองและต่อเหตุการณ์ต่างๆ (Beck, 1967) สำหรับการศึกษาในครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมตามเกณฑ์การคัดเข้าของงานวิจัย และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการรู้คิดที่ดี บกพร่องเพียงเล็กน้อย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการค่อนข้างดีจึงถูกจำหน่ายให้เป็นผู้ป่วยนอกและมารับการติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการรู้คิดดี เนื่องจากพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเดินทางมาพบแพทย์และรับยาด้วยตนเอง นั่นหมายความว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดกระบวนการปรับตัวและฟื้นตัวขึ้นมาได้ทั้งที่ยังป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอยู่ให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันต่อไปได้ ดังนั้นจึงสนับสนุนว่า ความสามารถในการรู้คิดสูงมีความเข้มแข็งทางใจสูง

2.6 ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .301, p = .000$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่า มีความสามารถในการทำหน้าที่สูงมีความเข้มแข็งทางใจสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Hardy et al. (2004) ที่พบว่าความสามารถในการการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำกิจกรรมได้ต่อเนื่องมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องเลวร้ายในชีวิต ความสามารถในการทำหน้าที่ เป็นความสามารถในการดูแลตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเป็นกิจวัตรประจำวันจึงจะช่วยให้คงความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเต็มความสามารถ จึงเป็นความรู้สึกรู้คุณค่าด้านบวกและภาคภูมิใจในศักยภาพของตนเอง (จินตนา ยมกรัตนาภรณ์, 2550)

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำกิจกรรมต่อ เนื่องได้ด้วยตัวเองประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่เท่ากับ 79.54 จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน จัดว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำหน้าที่ได้ค่อนข้างดี จึงไม่ต้องพึ่งพาอาศัยบุคคล

อื่น สามารถช่วยเหลือตนเองในด้านต่างๆ เช่น การแต่งกาย การช่วยเหลืองานบ้านเล็กๆน้อยๆรวมทั้งยังสามารถเดินไปไหนมาไหนได้เพียงลำพังส่งผลทำให้เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองให้กับกลุ่มตัวอย่าง จากเหตุผลดังกล่าวจึงสนับสนุนว่าความสามารถในการทำหน้าที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Hardy et al., 2004)

2.7 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .456, p = .000$) เป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่า มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีระดับความเข้มแข็งทางใจสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Well (2010) ที่พบว่าเครือข่ายทางสังคมนับเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ ที่จะส่งผลทำให้มีความเข้มแข็งทางใจระดับสูงและสอดคล้องกับการศึกษาของ Hardy et al. (2004) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองมีคุณค่า มีความมั่นคงทางอารมณ์และมีคุณค่าในตนเองส่งผลทำให้มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งใจระดับสูง ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เนื่องจากสภาพร่างกายเสื่อมลง การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก อำนาจและบทบาทหน้าที่ (Orem, 1995) ทำให้เกิดความไม่มั่นใจ ความไม่มั่นคงทางอารมณ์ คุณค่าในตนเองลดต่ำลง จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่อาศัยในเขตชุมชนเมือง ซึ่งชุมชนเมืองมักเป็นการอยู่อาศัยแบบต่างคนต่างอยู่ ไม่มีสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อนบ้านหรือแม่แต่คนในครอบครัวเอง เนื่องจากแต่ละคนภายในบ้านต่างต้องหาเลี้ยงชีพด้วยความเร่งรีบ ทำให้ไม่มีเวลาให้ความสนใจกับคนรอบคร้วมากนัก ดังนั้นจึงสนับสนุนการศึกษาที่ว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ จากผลการศึกษาดังกล่าวทำให้ทราบว่าครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุอย่างมาก ควรมีความเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วย มีความเห็นอกเห็นใจผู้ที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยควรให้การดูแลใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้านักต้องการเพื่อน ต้องการคนเข้าใจช่วยปลอบโยนให้กำลังใจ โดยเฉพาะช่วงต้นนอนใหม่ๆหากมีคนพูดคุยด้วย จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจที่มีคนห่วงใย (American Nurse Psychiatric Association, 2000) หากมีเครือข่ายสังคมที่เข้มแข็งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุดูแลเอาใจใส่ตนเอง ทำให้มีระดับภาวะซึมเศร่าลดลงและพึ่งตนเองได้ (พูลสิน เถลิวัฒน์, 2552) มีระดับความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้น ก็จะส่งผลทำให้สามารถเผชิญหน้ากับเรื่องที่รุนแรงหรือเลวร้ายและสามารถปรับตัวได้ ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงควรส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ดูแลหรือเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยให้เข้มแข็ง เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้นเพื่อลดภาวะซึมเศร่าลง การที่มีบุคคลอื่นให้ความช่วยเหลือสนับสนุนและเป็นกำลังใจให้ ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุสามารถปรับตัวเผชิญกับปัญหาได้ (ชัตเจน จันทรพัฒน์, 2543) จึงอาจเป็นเหตุผลสนับสนุนว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

2.8 ความสิ้นหวังมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.510, p = .000$) เป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่า มีความสิ้นหวังสูงจะมีระดับความเข้มแข็งทางใจต่ำ ความสิ้นหวัง เกิดจากกระบวนการทาง

ความคิดในด้านลบ ทำให้มองตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตไปในทิศทางลบ เป็นภาวะอารมณ์ของบุคคลที่เป็นลบที่เกิดจากกระบวนการคิดในด้านลบ เมื่อประสบเหตุการณ์ที่สะเทือนใจในชีวิต 3 ด้าน คือ 1) การให้เหตุผลว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งไม่ดีและพยายามหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญกับสิ่งนั้น 2) มีการคาดการณ์เกี่ยวกับตนเองในทางลบจากสิ่งที่เกิดขึ้น และ 3) คาดว่าจะพบกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายนั้นอีกในอนาคต เมื่อความคิดเหล่านี้เกิดขึ้นร่วมกันจะเพิ่มความรุนแรงจนทำให้เกิดความสิ้นหวังและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Abramson; Metalsky and Alloy, 1989 อ้างใน นิษา สมานทรัพย์, 2554) จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นพบว่า ความสิ้นหวังทำให้บุคคลมีแต่ความคิดด้านลบ เป็นลักษณะที่แสดงว่าบุคคลหมดหวัง ท้อแท้ ห่อเหี่ยว อยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์ต่างๆไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รู้สึกตนเองไม่มีพลังอำนาจเพียงพอที่จะปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และไม่สามารถฟื้นกลับมาเผชิญกับสถานการณ์ในภาวะวิกฤตได้ (Seligman, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gooding (2012) ที่พบว่าความสิ้นหวังมีความสัมพันธ์ทางลบความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุ

2.9 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.525, p = .000$) เป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าสูงจะมีระดับความเข้มแข็งทางใจต่ำ สอดคล้องกับจากการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของ Hardy et al. (2004) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ และสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นของ Seok; Lee; Kim; Lee; Kang; Ham; Yang and Chae. (2012) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเข้มแข็งทางใจเช่นกัน จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในหลายๆด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โรคภัยไข้เจ็บต่างๆ สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับกระบวนการความคิดหรือเผชิญหน้ากับภาวะวิกฤตได้ จะส่งผลทำให้เกิดความคิดเชิงลบตลอดเวลา ความสามารถในการรู้คิดลดลง ความมีคุณค่าในตัวเองลดลง มีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง เกิดอารมณ์แปรปรวน เบื่อหน่ายชีวิต มีความรู้สึกอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ทำให้ความสามารถในการฟื้นกลับต่ำ ดังนั้นจึงสนับสนุนว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ

สรุปผลการศึกษาพบว่า เพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัวต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ ความสิ้นหวังและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในฐานะที่เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ เปรียบเสมือนเครื่องมือที่สำคัญ ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะค่อนข้างอ่อนไหวง่าย เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองสูงเนื่องจากคิดว่าตนเองไม่มีค่าและเป็นภาระของคนในครอบครัว สังคม ดังนั้นพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางจิตเวชในการปฏิบัติการขั้นสูง จำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถในการนำเอาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้มาร่วมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุสืบไป โดยควรนำข้อมูลวิจัยเหล่านี้มาประมวลเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีระดับความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้น โดยการทำกิจกรรมและพยายามส่งเสริมให้เป็น

กิจกรรมที่ทำร่วมกับคนในครอบครัว เพื่อเพิ่มระดับความเข้มแข็งทางใจให้สามารถลดความทุกข์ทรมานจากโรคที่เผชิญอยู่และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถอยู่ดำเนินชีวิตและร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. ควรศึกษาปัจจัยสาเหตุอื่นๆ เช่น ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต ระยะเวลาของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เป็นต้น
2. ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจให้เกิดเพิ่มขึ้น ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น การสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้น และลดความสิ้นหวังลง

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจ เช่น ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นต้น
2. ศึกษาเปรียบเทียบระดับความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีโรคร่วม ได้แก่ ผู้ป่วยติดสุราและสารเสพติด เป็นต้น
3. ศึกษาวิจัยการจัดทำโปรแกรมเกี่ยวกับการสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *การสำรวจความชุกของโรคจิตเวชระดับชาติในปี พ.ศ. 2549*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลยา ใฝ่เกาะ. (2537). *ผลของกลุ่มการบำบัดต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2524). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: เจริญกิจ.
- เกษม ตันติผลาชีวะ. (2536). *ตำราจิตเวชศาสตร์เล่ม 1* พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จรรยา ภัทรอาชาชัยและคณะ. (2541). รายงานการพัฒนาแบบสำรวจประชากรกลุ่มเฉพาะ(กลุ่มสูงอายุ ที่ยากจนไม่มีญาติหรือผู้เลี้ยงดู). กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- จิรารวรรณ อินคัม. (2549). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ ไทย*. วิทยานิพนธ์ดุขฎิบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ฉัตรจงกล ตุลยนิษกะ. (2552). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวหลังเกษียณของผู้สูงอายุในจังหวัดพัทลุง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพัฒนามนุษย์และสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชมนาด วรรณพรศิริ. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพจิตของพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชัดเจนจันทร์พัฒน์. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต .สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ณหทัย วงศ์ปการันย์. (2551). *จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทย*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้ารักษาหายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- ดารารวรรณ ต๊ะปินตา. (2534). *การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุขฎิบัณฑิต, ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ตันติมา ด้วงโยธา, ท. ป., ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. (2553). การศึกษาและพัฒนาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 16(2), 50-65.
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิและคณะ. (2554). *ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 103-116.

- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2548). *สิ่งใดเกิดขึ้นแล้ว สิ่งนั้นดีเสมอ*. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: มติชน.
- ธรรณิทธิ์ กองสุข. (2550). *โรคซึมเศร้า องค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ เล่ม 1*
อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- นภา จิรัฐจินตนา. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันท์ภัส พรหมแก้ว. (2553). *การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้า*. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นาคยา วงศ์หลีกภัย. (2532). *ผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2552). *ทฤษฎีความสำเร็จในการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยง*. ปทุมธานี: คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เอกการสอน.
- นิษา สมานทรัพย์. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากุล. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย:คุณสมบัติการวัดเชิง
จิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญศรี นุเกตุ. (2550). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ประเวช ตันติพิวัฒน์สกุล. (2550). *แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้การสร้างความเข้มแข็งทางใจ
สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ประเสริฐ อัสสนตชัย. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพมหานคร:
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญยภพ สิทธิพรอนันต์. (2550). *ฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ใกล้หมอ.
- ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2556). *การสำรวจสถิติจำนวน
ผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มโรค ระหว่าง พ.ศ. 2554-2556*: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.
- พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร:
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พูนสิน เฉลิมวัฒน์. (2553). *การปรับตัวในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชนเมือง
กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญประภา ปริญาพล. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างยึดหยุ่นและทนทาน การรับรู้เหตุการณ์ลบในชีวิต
กลวิธีการเผชิญปัญหา กับสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2543). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.

- มาโนช หล่อตระกูล, ป. ส., จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamiltonian Scale for Depression ฉบับภาษาไทย *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41, 35-246.
- มาโนช หล่อตระกูล, ป. ส. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มาโนช หล่อตระกูลและคณะ. (2544). *จิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์.
- ยุทธการ โสเมือง. (2544). ผลการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการแนะแนวและให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัชนีบูล เศรษฐภูมิรินทร์. (2544). การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าให้ค้นพบพลังในตนเอง. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, 14(1).
- รัตนศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา วรรณเกษม. (2554). ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจารณ์ วิชัยยะ. (2533). *Management of depression* กรุงเทพฯ: บอสโก อีออฟเซ็ท.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์. (2554). "ปี 2554 ร่วมกันสร้างระบบดูแลผู้สูงอายุไทย". 45 ปี วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ศุภรัตน์ เอกอัครวิน. (2551). บทความฟื้นฟูวิชาการความสามารถยืนหยัดเผชิญวิกฤติ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 16(3), 191-198.
- สายฝน เอกวารงกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2542). *การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหวิชาชีพ*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพมหานครการพิมพ์.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *คู่มือแนวทางการจัดตั้งและการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). โครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. Retrieved 12 เมษายน, 2556, from http://www.agingthai.org/file/users/3451/page/20130412__70743.pdf.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2536). *มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่มที่ 2*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมชาย พลอยเลื่อมแสง. (2541). ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของคนไทยในเขตสาธารณสุข 10 *วารสารสวนปรุง*, 3.

- สมพร อินทร์แก้ว, ศรีวิภา เนียมสะอาดและสายศิริ ตำนานวัฒนธรรม. (2552). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมภาพ เรื่องตระกูล. (2543). *โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภาพ เรื่องตระกูล. (2549). *จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สรยุทธ วาสิกานานนท์. (2548). *โรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). *ความผิดปกติทางอารมณ์*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สุชีรา ภัทรยุตวรรัตน์. (2548). *คู่มือการวัดทางจิตวิทยา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *โครงการสูงอายุในประเทศไทยรายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายการวิจัย*. กรุงเทพฯ: สำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- สุวรรณยศ, ช. (2542). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ต่อภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่เสียแขนขา*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. (2544). *ยาทางจิตเวช*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2552). *สภาวะการณ์ผู้สูงอายุไทย: ระบบบริการสุขภาพและบทบาทผู้บริหารทางการแพทย์*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 21(1), 1-12.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่มที่ 1* พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- อมรชัย หาญผดุงธรรมะ. (2542). *ภาวะซึมเศร้าและความจำเสื่อม*. *วารสารใกล้หมอ*, 23(1).
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). *การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ และ พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- อรพิน คำโต. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรวรรณ ลีทองอิน. (2543). *ผลการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า(รายงานผู้ป่วย 1 ราย)*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 14(1).
- อัจฉราภรณ์ ลิหิรัญวงศ์. (2544). *การฟื้นฟูจากความซึมเศร้าของสตรีไทยวัยกลางคน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.3

เอี่ยมเดือน เนตรแวม. (2541). *ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

Adam, K.B., Sander, S. and Auth, E.A. (2004). "Loneliness and depression in independent Living retirement communities: Risk and resilience factor,"

Aging and Mental Health, 8(6), 475-485. [MEDLINE]

Agapetus, L. (1994). "Yalom's model applied to on outpatients better breathers group". **Journal of Psychosocial Nursing**, 32(12), 1-14.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, American Psychiatric

Association, (2000). **Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder**, 2nd ed. Wilson Boulevard.

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

Andreescu C. Mulsant B. H., Houck P. R., et al . (2008). Empirically derived decision trees for the treatment of late-life depression. **American Journal of Psychiatry**. 165, 855-862.

Badger, T.A. (1996). "Living with depression : Family member experience and treatment Need". **Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services**, 34 (1), 21-29.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., and Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression, **Archives of General Psychiatry**, 4, 561-571.

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

Beck, Aaron T. (1976). **Cognitive therapy and the emotional disorder**. Madison: International universities.

Beck, Aaron T., Rush, A. John., Shaw, Brain F., and Emegy Gary. (1979). **Cognitive therapy of depression**. New York: The Guilford.

Beck, A. T., Steer, R. A., and Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. **Clinical Psychology Review**, 8, 77-100.

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., and Trexler , L.(1974). "The measurement of pessimism :The Hopelessness Scale," **Journal of Consulting and Clerical Psychology**, 42, 861-865.

Blazer, D. G., Hybels, C.F., Simonsick, E. M., and Hanlon, J. J. (2000). Marked

differences in antidepressant use by race in an elderly community sample. **American Journal of Psychiatry**. 157(7), 1089-1094.

Blazer, D.G. (2003). "Depression in late life : review and commentary," **Journal Gerontol A Biol Sci Med Sci**, 58:249-65.

Blazer, D., II, and Hybels, C. (2005). **Origins of depression in later life**. *Psychological Medicine*, 35(9), 1241.

Brandt, P.A. and Weinert, C. (1981). The PRQ-a social support measure. **Nursing Research**, 30(5): 277-280.

Buschmannet, M.T., Dixon, M.A. and Tichy, A.M. (1995).Geriatric depression. **Home HealthcareNurse**, 13(3): 47-59.

Cadieux RJ., (1993). **Geriatric psychopharmacology, a primary care challenge**. *Medicine* ,93, 281-301.

Campbell-Sills, L., Cohan, S.L., and Stein, M.B.(2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adult. **Behavior Research and Therapy**, 44, 585-599.

Campbell-Sills L, Forde DR, Stein MB. (2009). Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *J Psychiatr Res*. ;43(12):1007-1012.

Castro-costa, E., et al. (2007). Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries. **British Journal of Psychiatry**,191, 393- 401.

Cattell, H.(2000). Suicide in the elderly. **Advance in Psychiatric Treatment** . 6.102-108.

Cobb, S., (1976). Social support as moderate life stress. **Psychosomatic Medicine**. 38 (5):300-378.

Coleman,Butcher,Carson. (1980). **Abnormal psychology and modern life**. New York: VanNostrand Reinhold.

Connor, K. M.,and Davidson, R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale. **Depression and Anxiety**, 18, 76-82.

Dryden, W., and Golden, W.L (1987). **Cognitive-behavioral approaches to psychotherapy**. cambridge: Hemisphere.

Dyer ,J.G., and McGuinness, T.M. (1996). Resilience : Analysis of the concept. **Archives of Psychiatric Nursing**, 10(5), 276-282.

Easley, C., and Schaller, J. (2003). The experience of being old-old: life after 85. **Geriatric Nursing**, 24(5), 273-277. [MEDLINE]

Farran, C.J., Heart, K.A., and Popovich,J.M., (1995). Hope and Hopelessness.California.

Stage Publication, Inc.

- Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M., and Fava, M. (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. **Behaviour Research and Therapy**, 47, 316-321.
- Felten, B.S., and Hall, J.M. (2001) Conceptualizing resilience in woman older than. **Journal of Gerontological Nursing**, 27(11): 46-53
- Felten, B.S., (2000). **Resilience in multicultural sample of community-dwelling woman older than age 85**. *Clinical Nursing Research*, 9(2), 102-123 [MEDLINE]
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes Associated with Poverty. **American Behavioural scientist**. 34 (4).pp. 416-430.
- Gold, C., Solli, H. P., Kruger, V., and Lie, S. A. (2009). Does-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, 29: 193-207.
- Gooding, P.A., Hurs, A., Johnson, J., Tarrier, N. (2011). Psychological resilience in young and older Adults. **Journal Geriatric Psychiatry**, 27:262-270.
- Grotberg, E. (1995). **A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit**. Holland : Benard van Leer Foundation.
- Hagerty, B.M. (1995). "Advance in understanding major depression disorder". **Journal of psychosocial Nursing**, 33(11): 27-34.
- Hardy, S. E. Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. **Journal of the American Geriatrics society**.
- Hamilton, M., (1960). "A rating scale for depression.," **Journal Neurosurg Psychiatry**, 23,56-62.
- Hamilton, M., (1967). " Development of a rating scale for primary depression illness," **British Journal of Psychiatry**, 113(5): 28-33.
- Heisel, M.J. (2006). "Suicide and its prevention among older adults," **Can Journal Psychiatry** 3: 143-151.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H and Martinussen.(2006). "Resilience Predicting Psychiatric Symptom: A Prospective Study of Protective Factors and their Role in Adjustment to stressful Life Event," **Clinical. Psychol. Psychother.** 13, 194-201.
- Hinck, S.(2004). **The lived experience of oldest-old rural adult**. Qualitative Health

Research, 14(6), 779-791. [MEDLINE]

- Hogstel, M.O., (1985) Home nursing care for the elderly. **Bowie,MD: Brady Communications.**
- Jacob, K. S., et al. (2002). A randomized controlled trial of and educational intervention for depression among asian women in primary care in the united kingdom. **International Journal of Social Psychiatry**, 48(2): 139-148.
- Jette, A.M., Haley, S.M., Coster, W.J., Kooyoomjia, J.T., and Dubuc, N.,(2002). "The Late-Life Function And Disability Instrument: II delopment and evaluation of the function Component," **Journal Gerontol.** 57 M 209-M 216. Available from <http://www.Tandf.co.uk/journals>. [4 April 2013].
- Kah, S., and Kupper, N. (1993). Mood disorders: Depressive and bipolar disorders. In Kaplan, H. I., and Sandock, B. J. (1989). **Comprehensive textbook of psychiatry: Volume 2.5th** ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kaplan, H.I., and Sandock, B.J.(1998) **Geriatric psychiatry. In : Synopsis of Psychiatry, Behavioral Science/ Clinical Psychiatry 8th ed.** Baltimore. Willaims & Wilkins, 1289-304.
- Karp, J, K., Skidmore, E., Llotz, M., Lenze, E., Dew, M. A. and Reynolds, C. F. (2009). Use of the late-life function and disability instrument to assess disability in majordepression.[Electronic version]. **Journal of the Ametican Geriatrics Society**, 57(9), 1612-1619.
- Keyes, C .L. and Good, S. H. (2006). **Women and Depression.** USA : Cambridge University Press.
- Kinsel, B. (2005). "Resilience as adaptation in woman," **Journal of Woman and Aging**, 17(3), 23-35. [MEDLINE]
- Klose, P, and Tinius, T. (1992). "Confidence builders : a self-esteem group at an inpatient psychiatric hospital". **Journal of Psychosocial Nursing**, 30(7), 5-9.
- Lamond, A.J., Depp, C.A., Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D.J., Golshan, S., et al.(2009). "Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older Women," **Journal of Psychiatric Research**, 43, 148-154. [MEDLINE]
- Lavretsky J, Alstein LL, Olmstead RE, Ercoli LM, Riparetti-Brown M, St. Cyr N, Irwin MR. "Complementary use of tai chi chih augments escitalopram treatment of Geriatric depression": a randomized controlled trial, **Am J Geriatric Psychiatry** 2011; DOI: 10.1097/JGP.0b013e31820ee9ef.
- Lemshow, S., Horner, D. W., Klar, J. & Lwanga, S. K. (1990). **Adequacy of sample size in the health studies.** West Sussex : John Wiley &son,74.

- Luthar, S.S, Cicchetti, D., Becker, B.(2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. **Child Development**, 71(3), 543-562.
- Maina, G., Rosso, G., & Bogetto, F. (2009). Brief dynamic therapy combined with Pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: Long-term results. **Journal of Affective Disorders**, 114, 200-207.
- Mehta, M., Whyte, E., Lenze, E., Hardy, S., Roumani, Y., Subahan, P., Huang, W., and Studenski, S. (2008). "Depressive symptoms in late life: Associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old." **International Journal of Geriatric Psychiatry**, 23, 238-243. [MEDLINE]
- Min J-A, Lee N-B, Lee C-U, Lee C, Chae J-H. "Low trait anxiety, high resilience, and their possible interaction as predictors for treatment response in patients with depression". **J Affective Disorders** 2012; 137: 61-69.
- Montross, L.P., Depp, C., Daly, J., Rechstadt, J., Golshan, S., Moore, D., Sitzer, D., and Jeste, D.V.(2006). "Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older Adults," **American Journal of Geriatric Psychiatry**,14(1), 42-51. [MEDLINE]
- Mulla, U. and Barash-Kischon, R. (1998). Psychodynamic supportive group therapy: Model forelderly Holocaust survivors. **International Journal Group Psychotherapy**. 98(4):461-475.
- Murphy P.E, Joseph W. C, Ralph L.P, Sharon Cheston, Mark Peyrot and George Fitchett. (2000). The Relation of Religious Belief and Practices, Depression, and Hopelessness In Persons With Clinical Depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 68:1102-1106.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). **Depression (amended): Management of depression in primary and secondary care**. London: Midcity Place.
- Ormel, J., Oldehinkel, T., Brilman and Brink, W. (1993). Outcome of depression and anxiety In primary care. [Electronic version]. **Archives of General Psychiatry** 50 : 759-766.
- Nygren, B., Alex, L., Jonsen, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. **Aging and Mental Health**, 9(4), 354-362. [MEDLINE]
- Orem, D.E. (1995). **Nursing: Concepts of practice**. St.Louis: Mosby.
- Ormel, J., Oldehinkel, A. and Brilman, E. (2011). "Theinterplay and etiological

continuity of Neuroticism, difficulties, and life events in the etiology of major and subsyndromal first and recurrent depressive episodes in later life," **American Journal of Psychiatry**.158:885-891.

Pearson, G.S. (1995). Mood disorders. In B. S. Johnson (Ed.), **Child, adolescent, and familypsychiatric nursing**. (pp. 253-265). Philadelphia: J. B. Lippincott.

Pornpat ,H. (2007). "Resilience in Later Life," **Thai Phamaceutical and Health Science Journal**, 2(1), 115-123.

Richardson, G.E. (2002). " The metatheory of resilience and resiliency," **Journal of Clinical Psychology**, 58(3), 307-321.

Sano, M. (1989). "Coexisting dementia and depression in Pakinson's disease". **Archive of neurological**, 46: 1284-1886.

Seligman, M.E.P., Peterson, C Kaslow, N.J., Tenenbaum, R.L., Alloy, L.B.,& Abramson, L.Y., (1984). "Attbutional style and depressive symptoms," **Journal of Abnormal Psychology**.93 : 235-241.

Seok, J.H., Lee, K.U., Kim, W., Lee, S.H., Kang, E.H., Ham, B.J., Yang, J.C.,& Chae, J.H., (2012). "Impact of Early-Life Stress and Resilience on Patients with Major Depressive Disorder,"**Yonsei Med Journal**,53(6): 1093-1098.

Shen K,Zheng Y. (2010). **The association between resilience and survival among Chinese elderly**. *Demogr Res* 23:105-115.

Sher, Y ., Lolak, S. and Maldonado, J. R. (2010). The impact of Depression Heart Disease.[Electronic version]. *Curr Psychiatry Rep* 12:255-264.

Simi NL. (2000). **A study of risk and resilience in late adulthood**. Dissertation. Massachusetts.Boston College.

Steffens, D. C., Hay, J. C. and Krishnan, K. R. (1999). Disability in geriatric depression.[Electronic version]. **American Journal of Geriatr psychiatry**, 7: 34-40The

Joanna Briggs Institute. (1999). **Best practice: Evidence based practice information sheats for health professional**, 3(2), 1-6.

Talsma AN. (1995). **Evaluation of a theoretical model of resilience and select predictors of resilience in a sample of community based elderly**. Dissertation. Michigan. University of Michigan.

Tusaie, K., Puskar, K., & Sereika, S. M. (2007). A Predictive and moderating model of psychosocial Resilience in adolescents. **Journal of Nursing Scholarship**, 39(1), 54-60.


UncapherH., Gallagher-Thompson D., Osgood N.J., & Bongar B,(1998). Hopelessness and Suicidal Ideation in Older adults. **The Gerontological Society of America**. 38: 62-72.

- Wagnild, G., & Young, H. M. (1990). Resilience among older women. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 252-255.
- Wagnild, G., & Young, H.M. (1991). **Resilience among elderly residents of public housing**. Unpublished raw data.
- Wagnild, G.M., & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1: 165-178.
- Wells. M. (2010). Resilience in older adults living in rural, suburban and urban areas. *Journal of Rural Nursing and Health Care*. 10, 2 : 45-54.
- WHO. (2004). **Schedule for clinical assessment on neuropsychiatry and disability adjusted life years**. [Online]. Available from: <http://www.who.int>.
- Wilson, P.H., Spence, S.K., & Kavangh, D.J. (1989). Cognitive Behavior Interviewing For Adult Disorder. **New York: Route ledge**.
- Wise MG, Tierney J., (1992). Psychopharmacology in the elderly. *J La State Med Soc* , 144: 471-476.
- Wulsin, Lawson R. (1996). **Psychiatric secrets**. Singapore : Info Access and Distribution.
- Weyerer, S., et al. (2008). "Prevalence and risk factor for depression in non-demented primary care attendees ages 75 years and older," *Journal of Affective disorder*: 1-11.
- Zauszniewski, Jaclene A., and Rong, Jiin-Ru. (1999) "Depressive cognitions and psychosocial functioning : a test of Beck's cognitive theory" *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(3), 286-293.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ
และหนังสือขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์อภิชาติ แสงสิน	นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
2. แพทย์หญิงวิลาวัลย์ กำจรปรีชา	จิตแพทย์ โรงพยาบาลหัวเฉียว
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภิน แสงอ่อน	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ หัวหน้างานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสาวสุภาวดี ธรรมะรักขิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
5. นางอุ๋นจิตร คุณารักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิแปลเครื่องมือ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์วิโรจน์ เศรษฐิน	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลหัวเฉียว
2. แพทย์หญิงดวงตา สิตตะไพโรจน์	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านผิวหนัง โรงพยาบาลหัวเฉียว

ที่ ศธ 0512.11/๐๙๖ ๒

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๓ กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาธนาครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ อภิชาติ แสงสิน นายแพทย์ชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์ อภิชาติ แสงสิน

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

ชื่อนิสิต

นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ โทร. 084-717-6999

ที่ ศร 0512.11/1226

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๔ สิงหาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ


เรียน ผู้อำนวยการด้านการแพทย์และการพยาบาลโรงพยาบาลหัวเฉียว

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ แพทย์หญิง วิลาวัลย์ กัจจกรปรีชา จิตแพทย์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

แพทย์หญิง วิลาวัลย์ กัจจกรปรีชา

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

ชื่อนิสิต

นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ โทร. 084-717-6999

ที่ ศธ 0512.11/0962

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสภณ แสงอ่อน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสภณ แสงอ่อน
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159
ชื่อนิสิต	นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ โทร. 084-717-6999

ที่ ศธ 0512.11/0962

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสุภาวดี ธีมมะรักชิต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวสุภาวดี ธีมมะรักชิต

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

ชื่อนิสิต

นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ โทร. 084-717-6999

ที่ ศธ 0512.11/ 1226



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางอุจน์จิตร คุณนาร์ักษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางอุจน์จิตร คุณนาร์ักษ์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

ชื่อนิสิต

นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ โทร. 084-717-6999



ภาคผนวก ข

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารคำแนะนำหรือแจ้งข้อมูลแก่ผู้ถูกวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
 ชื่อผู้วิจัย นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ ตำแหน่ง นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 487 ซอยบ้านบาตร ถนนวรจักร เขตป้อมปราบฯ แขวงบ้านบาตร กทม. 10100
 โทรศัพท์มือถือ 084-717-6999 E-mail : k.arunlak02@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยมีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยสูงอายุ โรคซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้ากับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV หรือ ICD-10 และมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายหญิงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์จำนวน 165 คน โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัย (Inclusion criteria)

1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th หรือ DSM-IV-TR) หรือขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease/ICD-10)

2) สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

3) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นลักษณะของการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ภาคตัดขวางที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

ซึ่งไม่มีการกระทำการทดลองใด ๆ กับท่าน การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้มีเพียงการขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้นซึ่งแบบประเมินที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 7 ชุด ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย(MMSE-2002)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเศร้าของผู้สูงอายุไทย (TGDS) Thai Geriatric Depression Scale

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้ป่วยของ (Connor & Davidson, 2003)

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ (Late-Life Function Instrument)

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ (Fry, 1984)

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแนวคิดของ (Brandt and Weinert)

ก่อนเข้าร่วมการวิจัยท่านจะได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้จากผู้วิจัยทุกครั้ง

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีคุณสมบัติที่กำหนดให้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เมื่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเข้าร่วมการวิจัยแล้วแต่ปรากฏว่ามีคุณสมบัติที่ไม่ตรงกับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการ หรือจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการช่วยเหลือดูแลตามแนวทางการดูแลของโรงพยาบาลที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเข้ารับบริการ

7. การใช้เวชระเบียน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตในการดูข้อมูลในเวชระเบียนจากผู้อำนวยการและได้รับการยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยเซ็นต์ชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

8. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการกระทำหรือการทดลองกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยตรง เป็นเพียงการขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยเท่านั้น

9. ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้

9.1 เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนำไปสู่การพยาบาลที่ส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

9.2 เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข

10. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่พึงได้รับ

11. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

12. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

13. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา อาคารราชสาทิศชั้น 1 หมายเลขโทรศัพท์ 02-442-2500 ต่อ 59286, 59277



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ

ที่อยู่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ

ชั้น 11-12 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม. 10300

โทรศัพท์ 093-8395377

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดี

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา อาคารราชสาทิศชั้น 1 หมายเลขโทรศัพท์ 02-442-2500 ต่อ 59286, 59277

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient / Participant Information Sheet)

ชื่องานวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ
ผู้วิจัย นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ

โทรศัพท์บ้าน -

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 084 -7176999

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. โครงการนี้เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การ

เจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิด ความสิ้นหวัง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

4. ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

4.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV หรือ ICD-10 และมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร

4.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายหญิง จำนวน 165 คนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ มีเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัย (Inclusion criteria)

1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th หรือ DSM-IV-TR) หรือขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease/ICD-10)

2) สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

3) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย(MMSE-Thai 2002)

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

5.1 ขั้นตอนเตรียมการ

- 1) ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกระดับที่ได้จากการคัดเลือกในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
- 2) เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบในการทำวิจัยของโรงพยาบาล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5.2 ขั้นตอนดำเนินการ

- 1) ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงการวิจัยฉบับย่อถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกระดับดังกล่าว เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของโรงพยาบาล
- 2) ภายหลังจากได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบในการทำวิจัยของโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
- 3) ผู้วิจัยดำเนินการและประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช และคลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการ ดังนี้

3.1) เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกจิตเวชในช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างโดยดูจากเวชระเบียนผู้ป่วยจากนั้นก็ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

3.2) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

4) หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 165 ชุด หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์แล้วไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการที่ช่วยลดอาการ ทางจิต ของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิตประเภทอื่นๆ

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

10. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลรามาธิบดี 270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 เบอร์โทรศัพท์ 02-2011000



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Informed Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ”

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากผู้วิจัยเรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัยหรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับนางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ หมายเลขติดต่อ 084-7176999

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานองค์กรแพทย์ ชั้น 3 ตึกอำนวยการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โทร. 02-8899067 ต่อ 1117 หรือ 1118

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออกผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน
ลงชื่อ..... พยาน/วันที่.....
(.....)



ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็น เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์

ชุดที่ 1 ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai 2002)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai 2002)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 บันทึกคำตอบไว้
ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)..... คะแนน

1. Orientation for time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 1.1 ปีนี้ พ.ศ. อะไร
- 1.2 วันนี้ วันอะไร
- 1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร
- 1.4 ปีนี้ ปีอะไร
- 1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร

2. Orientation for place (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไรและ ชื่ออะไร
- 2.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร
- 2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร
- 2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.5 ที่นี้ภาคอะไร

3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นารทดสอบความจำ ดิฉัน จะบอกชื่อ 3 อย่าง ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อดิฉันพูดจบ ให้พูดทบทวน ตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ได้เดี่ยวดิฉันถามซ้ำ

- การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป (พูด 1 คำได้

1 คะแนน)

- ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

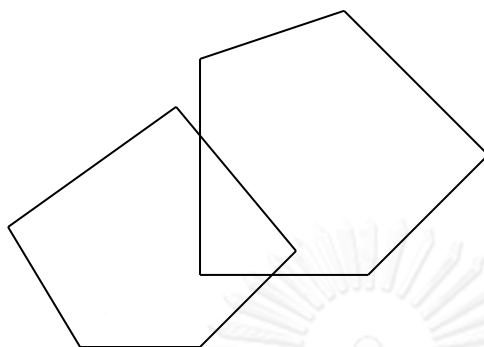
- ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

4.

5.

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”



คะแนนรวม.....คะแนน

ชื่อผู้ถูกประเมิน.....อายุ.....ปี

วันเดือนปี.....

จุดตัด (Cut- off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก- เขียนไม่ได้)	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่า ประถมศึกษา	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22	30

แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537)

ชื่อ.....อายุ.....HN.....

วันที่..... โทร.....คะแนน.....

โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลา
หนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

ให้ขีด (/) ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่ ” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

ให้ขีด (/) ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่ ” ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1. คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้*			
2. คุณไม่ยอมทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			
3. คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร			
4. คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ			
.....			
.....			
30.			

หมายเหตุ

ลักษณะคำถาม เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านกาย ใจ และสังคม

ข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางด้านบวก มี 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, และ 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน

ข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางด้านลบ มี 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, และ ข้อ 28 ถ้าตอบว่า “ใช่ ” ให้ 1 คะแนน

การแปลผล

คะแนน 0 – 12

เป็นค่าปกติ

คะแนน 13 – 17

มีความเล็กน้อย

คะแนน 18 – 24

มีความเศร้าปานกลาง

คะแนน 25 – 30

มีความเศร้ารุนแรง

เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....
วันที่บันทึกข้อมูล.....

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai 2002)

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็น เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ ชุดที่ 2 ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุ (Connor-Davidson Resilience Scale)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ(Late-Life Function Instrument)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ (Geriatric Hopelessness Scale)

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงหน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา
 () 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
 () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช () 5. ปวส. , อนุปริญญา () 6. ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป
4. สถานภาพสมรส
 () 1. โสด () 2. สมรส () 3. หย่า/หม้าย () 4. แยกกันอยู่
5.
8. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว
 () 1. ไม่มี () 2. มี ระบุ.....
9. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว
 () 1. ไม่มี () 2. มี ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ
(Connor-Davidson Resilience Scale)

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความที่ระบุไว้ว่าตรงกับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับตัวท่านมากน้อยเพียงใดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา หากสถานการณ์ดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลานี้ให้ท่านประเมินตามความรู้สึกของท่านว่าน่าจะรู้สึกอย่างไร ซึ่งประกอบด้วย

สถานการณ์ที่เกิดขึ้น	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยบางครั้ง	เห็นด้วยบ่อยครั้ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ลำทับผู้วิจัย
1. ฉันสามารถปรับตัวได้ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น						
2. เมื่อฉันเครียด อย่างน้อยฉันมีคนสนิทและไว้ใจได้คอยช่วยเหลือ						
3. เวลาที่หาทางออกของปัญหาไม่ได้ บางครั้งโชคชะตาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ก็ช่วยได้						
4. ฉันสามารถจัดการกับปัญหาที่เข้ามาได้ทุกรูปแบบ						
5. ความสำเร็จในอดีตช่วยทำให้ฉันมีความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้นที่จะเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายและความยากลำบากครั้งใหม่						
6.						
.....						
.....						
.....						
9. ฉันเชื่อว่าทุกสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ว่าดีหรือเลวมันมีเหตุผลในตัวมันเอง						
10. ฉันพยายามทำดีที่สุด ไม่ว่าจะผลจะออกมาเป็นอย่างไร						
.....						
.....						
.....						
.....						
25. ฉันมีความภาคภูมิใจในความสำเร็จของฉัน						

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ
(Late-Life Function Instrument)

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความสามารถของท่าน โดยข้อความข้างล่างนี้เป็นสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของท่าน ซึ่งสถานการณ์ต่างๆเหล่านี้ท่านสามารถทำได้ด้วยตนเองโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือหรือเครื่องมือช่วยเหลือ

ข้อความ	สามารถทำได้ดีมาก	สามารถทำได้ดี	สามารถทำได้ปานกลาง	สามารถทำได้เล็กน้อย	ไม่สามารถทำได้เลย	สำหรับผู้วิจัย
1. หมุนเปิดฝาขวดที่เคยเปิดไม่ออก โดยไม่ใช้อุปกรณ์ใด ๆ						
2. ขึ้นและลงบันได 5 -10 ขั้น ภายในอาคารหรือที่พักอาศัย โดยจับราวบันได						
3. สวมใส่และถอดกางเกงขายาว						
4. วิ่ง ประมาณ 1 ป้ายรถเมล์หรือมากกว่านั้น						
5.						
6.						
7.						
.....						
.....						
.....						
21. ยกเก้าอี้ในครัว และ เคลื่อนย้ายมันเพื่อทำความสะอาด						
22. ใช้เก้าอี้เตี้ยเพื่อช่วยหยิบของในตู้ที่อยู่สูง						
23. จัดเตียงนอนของตนรวมถึง ปูที่นอน เก็บที่นอน พับผ้าห่ม						
.....						
.....						
.....						
32. เดินนอกบ้าน บนพื้นที่ลื่น						

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ (Geriatric Hopelessness Scale)
--

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องคำตอบทางขวามือ ให้ตรงกับความจริงตามความรู้สึกของท่าน แบบสอบถามนี้เป็นการประเมินความรู้สึกบางประการของตัวท่านว่ามีความคิดหรือรู้สึกเหล่านี้ว่าเป็นความรู้สึกขณะนี้ของท่านหรือไม่

ข้อ	ความคิด / ความรู้สึก	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
1	ถ้าฉันมีความหวัง ฉันอาจจะรับมือกับความเจ็บปวดที่รุนแรงกว่านี้ได้			
2	ฉันเชื่อว่าสักวันหนึ่ง สิ่งต่าง ๆ จะดีขึ้น			
3	ฉันอาจยกเลิกสิ่งที่กำลังทำเพราะฉันไม่สามารถทำสิ่งที่ดีกว่านี้ให้กับทั้งตนเองและผู้อื่นได้			
.			
.			
.			
.			
19	ฉันไม่กล้าหวัง จะมีใครจำฉันได้หลังจากเสียชีวิตไปแล้ว			
.			
.			
.			
30	ฉันเชื่อว่าชีวิตฉันมีจุดมุ่งหมายที่แน่นอนและฉันกำลังจะทำให้สำเร็จ			

การแปลผล คะแนนอยู่ในช่วง 0 – 30 คะแนน โดย ถ้าระดับคะแนนสูงแสดงว่าระดับความสิ้นหวังก็สูงขึ้นบ่อย ๆ โดย

คะแนน 1-10	หมายถึง	มีระดับความสิ้นหวังไม่รุนแรง
คะแนน 11-18	หมายถึง	มีระดับความสิ้นหวังรุนแรงปานกลาง
คะแนน 19-30	หมายถึง	มีระดับความสิ้นหวังรุนแรงมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

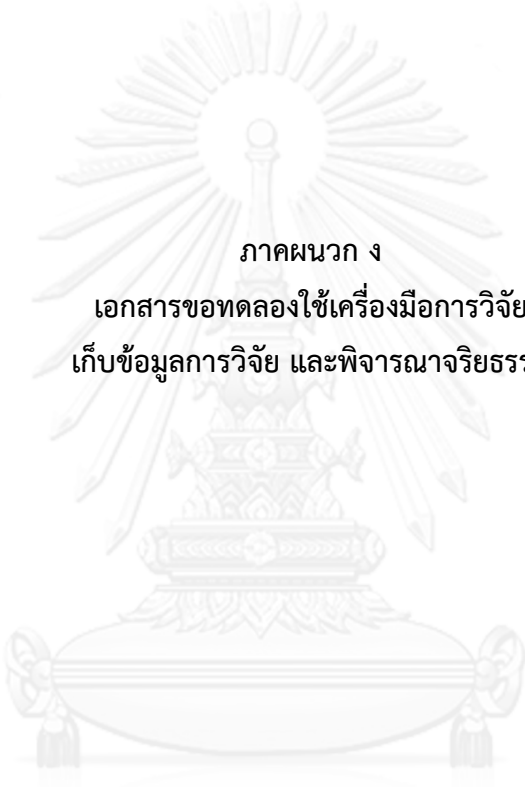
คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องคำตอบทางขวามือ ให้ตรงกับความจริงตามความรู้สึกของท่าน ต่อการได้รับการช่วยเหลือหรือการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน ในข้อความนั้นๆ คำตอบนี้จะไม่มีถูกหรือผิด หมายเลขเหล่านี้มีความหมายดังนี้

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วยมาก	ค่อนข้างเห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ลำหรับผู้วิจัย
1	ด้านความผูกพันใกล้ชิด ท่านมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ท่านรู้สึกปลอดภัย				
2	ไม่มีใครที่จะรับฟังความรู้สึกของท่าน				
3	ท่านและเพื่อนของท่านต่างช่วยเหลือซึ่งกันและกัน				
4	ท่านมีคนที่รักและห่วงใยท่าน				
5				
6				
.				
.				
23	ท่านสามารถให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นได้				
24	ถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือระยะยาวมีคนพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือท่าน				
25	ถ้าท่านป่วยจะมีคนมาแนะนำท่านเกี่ยวกับการดูแลตนเอง				

การแปลผล เกณฑ์การให้คะแนนกลับกันกับข้อคำถามทางบวก การสนับสนุนทางสังคมมีค่าคะแนนระหว่าง 25 - 75 คะแนน แบ่งระดับโดยใช้คะแนนเฉลี่ยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มคะแนนต่ำ และกลุ่มคะแนนสูงกว่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

25 - 50 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมต่ำหรือไม่ดี

51 - 75 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมสูงหรือดี



ภาคผนวก ง
เอกสารขอทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย
เก็บข้อมูลการวิจัย และพิจารณาจริยธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/1238



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงการวิจัย 4 ชุด
 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 4 ชุด
 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4 ชุด
 4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 4 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 160 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้ป่วย เครื่องมือประเมินความสามารถของผู้สูงอายุ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบวัดความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ แบบวัดความเศร้าของผู้สูงอายุไทย และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมแนวคิด ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

ชื่อนิสิต

นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ โทร. 084-717-6999

ที่ ศธ 0512.11/1233



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑ สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ประวัติส่วนตัว ผลงานของอาจารย์ที่ปรึกษาและนักศึกษา 1 ชุด
 2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย 4 ชุด
 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 4 ชุด
 4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4 ชุด
 5. แบบสอบถาม 4 ชุด
 6. ใบรับรองการสอบโครงร่าง 1 ชุด
 7. แผ่น CD บรรจุข้อมูลเอกสาร 1-6 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้ป่วย เครื่องมือประเมินความสามารถของผู้สูงอายุ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบวัดความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ แบบวัดความเศร้าของผู้สูงอายุไทย และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมแนวคิด ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159
นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ โทร. 084-717-6999



ภาคผนวก จ
เอกสารรับรองจริยธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

- โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
- ผู้ดำเนินการวิจัยโดย : นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ
- สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
- ระยะเวลาดำเนินการ : ๓ เดือน
- เอกสารที่อนุมัติ
๑. โครงการวิจัย
 ๒. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและแบบสอบถามสำหรับอาสาสมัคร
 ๓. เอกสารแนะนำการเข้าร่วมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาโครงการแล้ว
คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการ
วิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

๐)
(นายสินเงิน สุขสมปอง)
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

23 หมู่ 8 แขวงทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา
กรุงเทพมหานคร 10170



โทร. 0 2 441 6136
โทรสาร 0 2441 6101

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข...1/2557.....

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

รหัสโครงการ : ..1/2557.....

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ

สถานที่ทำวิจัย : สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. แบบสอบถาม
4. ประวัติผู้วิจัย

ต่ออายุครั้งที่ (....) :

วันหมดอายุ :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ลงนาม
(นางสาวอุทยา นาคเจริญ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน


19 ตุลาคม 2556
วันที่

ลงนาม
(นางดวงตา ไกรภัสสรพงษ์)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รักษาราชการแทน

ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

18 ตุลาคม 2556
วันที่



ภาคผนวก ฉ
เอกสารอนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

1

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

FON-CU-THESIS09
 เลขที่รับ 884
 วันที่ 28 มี.ย. 56
 เวลา 13.45 น.
 ผู้รับ [Signature]

เรื่อง ขอนั่งสื่อขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณะบดี ผ่านรองคณะบดี

ข้าพเจ้า น.ส. อรุณลักษณ์ อโนตกุลโตด รหัสประจำตัว 5477316986
 นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 457 ซอย บ้านนา
 ถนน รังสิต ตำบล แขวง อำเภอ บางบัวทอง จังหวัด ปทุมธานี อำเภอ/เขต เขตบางบัวทอง
 จังหวัด ปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 10100 โทรศัพท์ 084-7176997

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจกับความสำเร็จเชิงธุรกิจของผู้ประกอบการธุรกิจเครื่องดื่ม

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ พบขาดสารสังเคราะห์ในเครื่องดื่ม
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจกับความสำเร็จเชิงธุรกิจของผู้ประกอบการธุรกิจเครื่องดื่ม
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ น.ส. อรุณลักษณ์
- ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา ผ.ศ. ดร. รังสิมันท์ สหพรโชค
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2564

ลงนาม อรุณลักษณ์ อโนตกุลโตด ผู้ยื่นคำร้อง
 (น.ส. อรุณลักษณ์ อโนตกุลโตด)
 27 / 11 / 56

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ [Signature] ลงนาม [Signature] (ผ.ศ. ดร. รังสิมันท์ สหพรโชค) 27 / 11 / 2566	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ อรุณลักษณ์ อโนตกุลโตด ลงนาม [Signature] (ผ.ศ. ดร. รังสิมันท์ สหพรโชค) 28 / 11 / 56
ความเห็นรองคณะบดี [Signature] ลงนาม [Signature] (ผ.ศ. ดร. อรุณลักษณ์ อโนตกุลโตด) 1 / 11 / 56	อนุญาต ลงนาม [Signature] () คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ 3 / 11 / 56



Faculty of Nursing,
Chulalongkorn University,
Borommaratchachonnani
Srisataphat Building, 11th Floor
Rama I Rd, Wangmai,
Patumwan, Bangkok 10330
THAILAND

June 6, 2013

To: Jonathan Davidson (mail@cd-risc.com)

Subject: I want to use your CONNOR-DAVIDSON RESILIENCE SCALE INSTRUMENT.

I am a graduate nursing student in the field of psychiatric mental health nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand. My thesis topic entitled "Factors Related to Resilience Among Older Persons With Major Depressive Disorder" Since I have read your article about "Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)" I decide to use the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC).

With this respect, I would like to ask for your permission to use this instrument. Any suggestion, please fill free to let me know. I would be appreciated. I am looking forward to hearing from you soon.

Yours sincerely,

Arunlak Khongphaisansophon.

Arunlak Khongphaisansophon
E-mail: k.arunlak02@hotmail.com

Approved by the thesis advisor,

Rangsiman

(Rangsiman Soonthornchaiya, Ph.D., R.N.)
Assistance Professor
E-mail: srangsiman@yahoo.com

Jonathan R. T. Davidson, M.D.
Professor Emeritus, Duke University Medical Center
Department of Psychiatry & Behavioral Sciences
3068 Baywood Drive
Seabrook Island,
SC 29455

Telephone: 843-768-1646
Email: david011@mc.duke.edu

July 10, 2013

Ms. Arunlak Khongphaisansophon
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Borommaratchachonnani
Srisataphat Building, 11th Floor
Rama I Rd, Wangmai
Patumwan
Bangkok 10330
Thailand

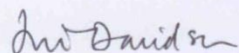
Dear Arunlak:

At your request, I am writing this letter of permission for you to use the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in the Thai version, and any other translations that you need.

If there is anything else I can help with, please let me know.

Thank you for choosing to include the CD-RISC in your study, and best wishes for a successful outcome.

Sincerely,



Jonathan Davidson

การแปลผลเครื่องมือประเมินความเข้มแข็งทางใจ

From: Arunlak Khongphaisansophon [k.arunlak02@hotmail.com]

Sent: Sunday, March 16, 2014 2:59 PM

To: Jonathan Davidson, M.D.

Dear Sir,

Thank you for your reply. I bring your instrument CD-RSC 25 questions to examine resilience among older persons with Major depressive disorder. The result were as follows ;Older persons with Major depressive disorder had mean of resilience 64.79 (\pm SD = 17.63) How can I translate the level of resilience in this study?

Arunlak K.

Hello Arunlak:

Thank you for your message. A score of 64 is low, at least based on general population scores in the US. However, depression is generally associated with low resilience and you can see from the enclosed manual, table 4, page 13, what scores are often found in subjects with depression. I hope this helps.

Best wishes,

Jonathan Davidson

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



Faculty of Nursing,
Chulalongkorn University,
Borommaratchachonnani
Srisataphat Building, 11th Floor
Rama I Rd, Wangmai,
Patumwan, Bangkok 10330
THAILAND

June 6, 2013
To: Jette M, Alan

Subject: LATE-LIFE FUNCTION AND DISABILITY INSTRUMENT

I am a graduate nursing student in the field of psychiatric mental health nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand. My thesis topic entitled "Factors Related to Resilience Among Older Persons With Major Depressive Disorder" Since I have read your article about "Validation of the Late-Life Function and Disability Instrument" I decide to use the LATE-LIFE FUNCTION AND DISABILITY INSTRUMENT. Regarding this LLFDI, one of the graduate nursing student adapted your instrument and use in hers thesis. Her result showed that the LLFDI has Content validity index .93 and the reliability of Cronbach's alpha .89 (Jiratjintana, 2011). Her thesis title is "Selected Factors Related to Disability Among Older Persons with Major Depressive Disorder" and published in the Thai journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 25(3), 12-23.

With this respect, I would like to ask for your permission to use this instrument. Any suggestion, please fill free to let me know. I would be appreciated. I am looking forward to hearing from you soon.

Yours sincerely,

Arunlak Khongphaisansophon
Arunlak Khongphaisansophon
E-mail: k.arunlak02@hotmail.com

Approved by the thesis advisor,

Rangsima
(Rangsima Soonthornchaiya, Ph.D., R.N.)
Assistance Professor
E-mail: srangsiman@yahoo.com

Boston University School of Public Health
Health & Disability Research Institute

Medical Campus
715 Albany Street, 76W, 5th Fl
Boston, Massachusetts 02118-2528
T 617-638-1994 F 617-638-1999 hdr@bu.edu



June 11, 2013

Dear Arunlak,

As per your request, I hereby grant you permission to use the Late-Life Function and Disability Instrument for the purpose of your research studies.

Please contact us at phone number 617) 638-1994 if you need further assistance. We at Health and Disability Research Institute thank you for your interest in our products.

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script that reads "Alan M. Jette".

Alan M. Jette, PT PhD
Director
Health & Disability Research Institute
Boston University School of Public Health

ที่ ศธ 0512.11/ 1๖๕๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 ตุลาคม 2556

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพจิตของพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก” ของ นางชนนาด วรรณพรศิริ คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2535)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159
นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ โทร. 084-717-6999

ที่ ศธ ๖๓๙๓(๒๓)/๓๓๒๙



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ
อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๖๒๓ ลงวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๕๖

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์จะขออนุญาต
ให้ นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
นำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของ นางชมนาด วรรณพรศิริ ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินยอมอนุญาต
ให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพวรรณ สิงห์ไตรภพ)

รองคณบดี ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา

โทร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๑๐

โทรสาร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๓๕



ภาคผนวก ช
ตารางแสดงสถิติวิเคราะห์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ค่าความเที่ยงของแบบประเมิน (Reliability)

ชุดที่ 1 ประกอบด้วยแบบประเมิน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย(MMSE-2002)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.742	30

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเศร้าของผู้สูงอายุไทย (TGDS) Thai Geriatric Depression Scale

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.845	30

ชุดที่ 2 ประกอบด้วยแบบประเมิน ดังนี้

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้ป่วยของ(Connor and Davidson, 2003)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.893	25

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ (Late-Life Function Instrument)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.788	32

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ (Fry, 1984)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.881	30

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแนวคิดของ (Brandt and Weinert)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.816	25

แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (หลังทดลองใช้เครื่องมือ)

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
C1	60.2667	276.823	.312	.893
C2	60.6333	279.551	.196	.896
C3	61.6333	265.344	.396	.892
C4	60.9000	268.231	.511	.888
C5	60.3667	269.068	.441	.890
C6	61.2333	272.806	.369	.892
C7	60.5333	266.120	.509	.888
C8	60.0333	263.689	.645	.886
C9	59.6333	277.826	.335	.892
C10	59.5000	279.845	.310	.892
C11	60.1333	262.671	.752	.884
C12	59.9667	272.033	.400	.891
C13	60.5333	281.361	.145	.897
C14	60.1000	264.438	.610	.886
C15	60.0333	269.482	.431	.890
C16	60.0667	264.685	.580	.887
C17	60.3333	255.195	.736	.882
C18	60.6667	261.333	.616	.886
C19	60.7667	262.668	.636	.886
C20	61.8333	284.282	.114	.897
C21	60.5667	259.495	.606	.886
C22	59.9667	275.757	.307	.893
C23	61.6333	255.206	.658	.884
C24	60.7000	254.010	.752	.882
C25	59.9667	269.413	.491	.889

Reliability Statistics Of CD-RISC

Cronbach's Alpha	N of Items
.893	25

แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ (หลังทดลองใช้เครื่องมือ) Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
F1	112.2333	337.978	.313	.782
F2	111.6333	338.792	.620	.779
F3	111.8333	337.799	.443	.780
F4	112.9333	319.857	.677	.769
F5	111.6667	340.506	.408	.782
F6	111.6667	342.161	.323	.783
F7	112.0000	329.034	.563	.775
F8	112.4667	327.016	.669	.772
F9	112.8000	322.166	.607	.771
F10	111.5000	346.534	.268	.785
F11	112.2667	331.168	.529	.776
F12	111.7333	340.961	.468	.781
F13	111.8667	354.326	-.018	.790
F14	111.9667	334.447	.643	.777
F15	112.4667	328.602	.573	.774
F16	111.9333	338.478	.486	.780
F17	111.8000	332.441	.703	.775
F18	110.4333	401.702	-.344	.950
F19	113.4000	343.697	.286	.784
F20	111.8667	335.982	.624	.778
F21	112.1667	325.040	.780	.770
F22	112.1333	322.809	.722	.770
F23	111.7333	332.202	.673	.775
F24	112.9333	329.720	.608	.774
F25	112.2333	331.771	.547	.776
F26	111.9667	335.275	.555	.778
F27	112.3667	323.482	.728	.770
F28	111.6667	332.713	.694	.775
F29	112.1667	325.247	.700	.771
F30	112.7667	314.254	.767	.764

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
F31	112.0667	331.030	.617	.775
F32	113.0667	326.754	.612	.773

Reliability Statistics Of LFFI

Cronbach's Alpha	N of Items
.788	32



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Correlations

		SUMLLFI	SUMMMSE	SUMHLN	SUMSUP	SUMTGDS	SUMCDRISC
SUMLLFI	Pearson Correlation	1	.109	-.030	.159*	-.184*	.301**
	Sig. (2-tailed)		.164	.705	.041	.018	.000
	N	165	165	165	165	165	165
SUMMMSE	Pearson Correlation	.109	1	-.109	-.286**	-.102	.172*
	Sig. (2-tailed)	.164		.163	.000	.194	.027
	N	165	165	165	165	165	165
SUMHLN	Pearson Correlation	-.030	-.109	1	-.448**	.360**	-.510**
	Sig. (2-tailed)	.705	.163		.000	.000	.000
	N	165	165	165	165	165	165
SUMSUP	Pearson Correlation	.159*	-.286**	-.448**	1	-.262**	.456**
	Sig. (2-tailed)	.041	.000	.000		.001	.000
	N	165	165	165	165	165	165
SUMTGDS	Pearson Correlation	-.184*	-.102	.360**	-.262**	1	-.367**
	Sig. (2-tailed)	.018	.194	.000	.001		.000
	N	165	165	165	165	165	165
SUMCDRISC	Pearson Correlation	.301**	.172*	-.510**	.456**	-.367**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.027	.000	.000	.000	
	N	165	165	165	165	165	165

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

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

Correlations

			SUMCDRISC	เพศ	สถานภาพ สมรส	ประวัติโรค ประจำตัว
Spearman's rho	SUMCDRISC	Correlation Coefficient	1.000	.040	-.031	-.002
		Sig. (2-tailed)	.	.612	.694	.982
		N	165	165	165	165
	เพศ	Correlation Coefficient	.040	1.000	.102	.081
		Sig. (2-tailed)	.612	.	.191	.303
		N	165	165	165	165
	สถานภาพสมรส	Correlation Coefficient	-.031	.102	1.000	.198*
		Sig. (2-tailed)	.694	.191	.	.011
		N	165	165	165	165
	ประวัติโรค ประจำตัว	Correlation Coefficient	-.002	.081	.198*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.982	.303	.011	.
		N	165	165	165	165

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

Correlations

			รายได้ครอบครัวต่อเดือน	SUMCDRISC
Spearman's rho	รายได้ครอบครัวต่อเดือน	Correlation Coefficient	1.000	.065
		Sig. (2-tailed)	.	.407
		N	165	165
	SUMCDRISC	Correlation Coefficient	.065	1.000
		Sig. (2-tailed)	.407	.
		N	165	165

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ เกิดเมื่อวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2526 จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตเกียรตินิยมอันดับหนึ่ง จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เมื่อปีพ.ศ. 2549 เข้ารับการศึกษาในระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีพ.ศ. 2554 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง Nurse Educator ประจำศูนย์เบาหวานโรงพยาบาลหัวเฉียว



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY