

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

นางนภา จิรัฐจินตนา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2554

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 Graduate School.

SELECTED FACTORS RELATED TO DISABILITY AMONG OLDER PERSONS
WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Mrs. Napa Jiratjintana

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
For the Degree of Master of Nursing Science Program in Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2011
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย
	โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
โดย	นางนภา จิรัฐจินตนา
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จิระแพทย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสม)

นภา จิรัฐจินตนา : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรค
 ซึมเศร้าวัยสูงอายุ (SELECTED FACTORS RELATED TO DISABILITY AMONG
 OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER)

อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 151 หน้า.

ภาวะทุพพลภาพของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะทุพพลภาพ ศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยที่สามารถร่วมพยากรณ์ ระหว่าง เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และ โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 144 ราย เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยเรื้อรัง 2) แบบวัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และ 4) แบบวัดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงของแบบวัดที่ 3 และ 4 เท่ากับ .91 และ .93 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงของแบบวัดที่ 2, 3 และ 4 เท่ากับ .83 .87 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน สถิติพอย์ร์ไบชีเรียล และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นต้น

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีภาวะทุพพลภาพเล็กน้อย ($\bar{X} = 46.35 \pm SD = 13.9$) อายุ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุพพลภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .275$ และ $r = .395$ ตามลำดับ) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะทุพพลภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r = -.478$) โดยปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม อายุ และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้ร้อยละ 34.0 ($R^2 .34$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้ คือ การวางแผนการพยาบาลในการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับอายุและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชลายมือชื่อนิสิต.....
 ปีการศึกษา.....2554.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5277805236: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIACHIC NURSING

KEYWORDS: DISABILITY/ MAJOR DEPRESSIVE DISORDER/ SOCIAL SUPPORT/
ELDERLY

NAPA JIRATJINTANA : SELECTED FACTORS RELATED TO DISABILITY
AMONG ELDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER.

ADVISOR: ASST. PROF. RANGSIMAN SOONTHORNCHAIYA, Ph.D., 151 pp.

Disability to depressive led to suffering and severity of depression. The purpose of this study was to assess disability and to examine relationships and predicting factors among age, gender , chronic illness, severity of depression, social support and disability of older persons with major depressive disorder. A convenience sample of 144 older persons with depressive disorder was recruited from outpatient clinic at Somdet Chaophaya Institute Psychiatry, Galya Rajanagarindra Institute and Srithanya hospital. The instruments were the personal questionnaire, Thai Hamilton Rating Scale for Depression (Thai-HRSD), The personal resource questionnaire: Part II (Thai-PRQ part II) and Late- Life Disability Instrument (Thai-LLDI). The content validity index of Thai-PRQ part II and Thai-LLDI was .91 and .93 respectively and the Cronbach’s alpha reliability of Thai-HRSD, Thai-PRQ part II and Thai-LLDI was .83 .87 and .89 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, Pearson’s Product Moment Correlation, Point Biserial Correlation and Stepwise Multiple Regression.

The results revealed that participants had the mild level of disability (\bar{X} =46.35 \pm SD = 13.9). Age, severity of depression were positively significant correlation with disability ($r = .275$, $r = .395$, $p < .01$ respectively). Social support was negatively significant correlation with disability ($r = -.478$, $p < .01$). Social support, age and severity of depression were 34.0% explained ($R^2 = .34$) of variances of disability among older persons major depressive disorder.

Findings suggested that providing appropriate social support with specific age and severity of depression in nursing care plan.

Field of Study : Mental Health and Psychiatric Nursing

Student’s Signature

Academic Year.....2011.....

Advisor’s Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษาส่งเสริม และให้กำลังใจ เป็นการสร้างพลังให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น อดสาหัส พยายามทำการศึกษาอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ และผู้ป่วย มากที่สุด ผู้ศึกษามีความประทับใจ ซาบซึ้งในความเมตตา กรุณา และเสียสละของอาจารย์ในการ ประสิทธิ์ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพันธ์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข วิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณะกรรมการสอบ โครงร่างวิทยานิพนธ์ คณาจารย์คณะ พยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และเป็น กำลังใจให้เสมอมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ ให้คำสอน และ ข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาจนได้เครื่องมือการศึกษาที่สมบูรณ์ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูล และได้มีส่วนร่วมให้ วิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ประสบผลลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ คณะกรรมการจริยธรรม หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก บุคลากร ทุกท่าน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ และโรงพยาบาล ศรีษะเกษ ที่ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและศึกษาการใช้เครื่องมือ สำหรับการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณศูนย์สร้างสุขภาวะผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนมอบทุนการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดา ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ผู้ซึ่งเป็น กำลังใจอันสำคัญ แก่ผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบคุณ ผศ.ดร.ผ่องใส ศุภจรรยาภิรักษ์ คุณเพชร คันธสายบัว คุณเพลิน เลียงโซคอยู่ คุณรินฤดี ลิ้มฉาย คุณวิจิตรา ทองเกษม คุณกิ่งดาว ศรีวรรณท์ ตลอดจน กัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้ง กำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆทุกท่าน ที่ได้แบ่งปันช่วยเหลือจนจบการศึกษา

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา กัลยาณมิตร และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องใน การวิจัยครั้งนี้ ให้มีความสุขกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐาน.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า.....	14
ภาวะทุพพลภาพ.....	27
ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วัยสูงอายุ.....	33
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	48
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
การรวบรวมข้อมูล.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	79

	หน้า
รายการอ้างอิง.....	93
ภาคผนวก.....	116
ภาคผนวก ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	118
ภาคผนวก ข การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	123
ภาคผนวก ค ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	125
ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	128
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	129
ภาคผนวก ง สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	133
ภาคผนวก จ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย	136
สถิติเพียร์สัน และถดถอยพหุคูณ.....	136
ภาคผนวก ฉ หนังสืออนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์.....	141
ภาคผนวก ช หนังสืออนุมัติการการใช้เครื่องมือนอกคณะ.....	143
ภาคผนวก ซ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	147
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	151

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก จำแนกตามโรงพยาบาล.....	50
2	จำนวนและร้อยละของสถานภาพส่วนบุคคลของประชากร จำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา อายุ อายุที่เริ่มป่วย ระยะเวลาป่วย การ เจ็บป่วยเรื้อรัง.....	51
3	การแก้ไขเนื้อหาข้อความในเครื่องมือการสนับสนุนทางสังคม.....	58
4	การปรับแก้ไขเนื้อหาข้อความในเครื่องมือภาวะทุพพลภาพ.....	62
5	ตารางสรุปการแสดงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbah’s Alpha coefficient) ของเครื่องมือทุกฉบับ.....	64
6	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับภาวะทุพพลภาพ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ	70
7	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับภาวะทุพพลภาพ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำแนกรายด้าน.....	71
8	จำนวนและร้อยละของ เพศ การเจ็บป่วยเรื้อรังและอายุของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัย สูงอายุ	72
9	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรุนแรงของ ภาวะซึมเศร้า.....	73
10	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทาง สังคม.....	74
11	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าวัยสูงอายุจำแนกรายด้าน.....	75
12	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร อายุ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัย สูงอายุ.....	76
13	ค่าสหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร เพศ และ การเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะทุพพลภาพ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ	77

ตารางที่		หน้า
14	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวพยากรณ์ที่ได้รับการคัดเลือก เข้าสู่สมการถดถอยกับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ค่า อำนาจการพยากรณ์ (R^2) และค่าอำนาจการพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ.....	75
15	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนน มาตรฐาน (Bata) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b และแสดงสมการถดถอย พหุคูณที่ใช้พยากรณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ.....	76
16	ตาราง Tests of Normality.....	138

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพ.....	29
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	48
3	ภาพลำดับและใบของการแจกแจงข้อมูลของคะแนนภาวะทุพพลภาพ.....	139
4	ภาพฮิสโตแกรม ของการแจกแจงข้อมูลภาวะทุพพลภาพ.....	140
5	ภาพ Normal Q-Q plot การกระจายตัวของภาวะทุพพลภาพ.....	140
6	ภาพ Box plot แสดงการแจกแจงข้อมูลภาวะทุพพลภาพ.....	141

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การศึกษาวิจัยระหว่างองค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับธนาคารโลก (World Bank) และมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard School of Public Health) ใน Global Burden of Disease and Injury Series คาดการณ์ว่าภายในปี 2020 โรคซึมเศร้า (major depression) จะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกเป็นอันดับที่ 2 รองลงมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548) โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีอาการแตกต่างจากที่พบในผู้ป่วยวัยอื่นๆ โดยมีลักษณะที่เด่นชัดคือ ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบายทางร่างกาย มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หรือขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ รวมทั้งมีอาการที่หงุดหงิดง่าย อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง ไม่มีสมาธิ การเคลื่อนไหวช้าลง และรู้สึกไม่มีคุณค่าหรือตำหนิตนเองมากผิดปกติ ซึ่งความผิดปกติของอารมณ์มีไม่มากหรือไม่ชัดเจน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) จากการสำรวจร่วมกันของ The National Institutes of Mental Health Epidemiologic Catchment Area (ECA) และ The National Co morbidity Surveys (NCS) พบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าร้อยละ 8 – 20 (Licinio and Wong, 2005) และจากการศึกษาของ The Dutch Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) พบว่าประชากรที่มีอายุระหว่าง 55-85 ปี เป็นช่วงอายุที่เกิดโรคซึมเศร้ามากที่สุด โดยมีอัตราการเกิดของผู้หญิงเป็น 2:1 เท่าของผู้ชาย (Keyes and Good, 2006)

สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญเช่นเดียวกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย ซึ่งทำการสำรวจระดับชาติ ปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิตร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา พบว่าผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 4 (บุญชัย นวมงคลวัฒนา, 2551) และมีจำนวนเพิ่มขึ้นกว่าการสำรวจเมื่อปี 2546 และจากสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปเข้ามารับบริการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ระหว่างปี 2550 ถึง ปี 2552 มีจำนวน 3,416, 3,562 และ 3,663 รายตามลำดับ (ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2552) การเจ็บป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจอันเนื่องมาจากผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในสุขอนามัย ได้แก่ ผู้ป่วยจะไม่ดูแลตนเอง มีอารมณ์เศร้าหงุดหงิดง่ายและทำให้บกพร่องในด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่นและสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพพลภาพ (Karp, Skidmore, Lotz, Lenze, Dew and Reynolds, 2009)

ภาวะทุพพลภาพ เป็นความจำกัด หรือ การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแสดงบทบาทส่วนบุคคล และบทบาททางสังคมที่เป็นการปฏิบัติกิจกรรมโดยทั่วไป และกระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีพยาธิสภาพทางร่างกาย (Active Pathology) ทั้งจากโรคประจำตัว การบาดเจ็บ หรืออุบัติเหตุ ทำให้ผู้นั้นเกิดภาวะบกพร่อง (Impairment) ในการทำหน้าที่ทางร่างกาย และนำไปสู่การมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ (Function Limitation) และเกิดการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองและกิจกรรมที่เกี่ยวกับสังคม (Nagi, 1991) นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะทุพพลภาพเกิดจากความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (Kopeck, 1995) จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2007) ระบุว่า ร้อยละ 5 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปและ ร้อยละ 50 ของผู้ที่มีอายุ 85 ปี มีภาวะทุพพลภาพ (Disability) ในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน อย่างน้อย 1 อย่าง (เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) จากการสำรวจภาวะทุพพลภาพของประชากรของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2008 พบว่า ประชากรที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป มีภาวะทุพพลภาพร้อยละ 6.8 จากประชากรที่สำรวจ 250,000 ราย (Brault, 2008) และจากการสำรวจของ National center for Health Statistics (1989) ระบุว่าประชากรของอเมริกา 1 ใน 7 มีภาวะทุพพลภาพทางร่างกายหรือจิตใจ การศึกษาของ Tas et al., (2007) ทำการสำรวจผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 2,344 ราย พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพ ร้อยละ 31.8 หลังจากติดตามผู้ป่วยในกลุ่มนี้อีก 6 ปี พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพมากขึ้นร้อยละ 33.2 ในผู้หญิง และร้อยละ 19.7 ในผู้ชาย นอกจากนั้นยังมีการศึกษาในญี่ปุ่นที่พบว่า ภาวะสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทำให้สูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม (Social role performance) ร้อยละ 3.22 และสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน (Instrumental ADL) หรือการแสดงบทบาทส่วนบุคคลในชีวิตประจำวัน (Personal role) ร้อยละ 2.41 (Kendo et al., 2008) สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษา ความชุกของภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคกลาง พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพถึงร้อยละ 26.4 (นิสากร กรุงไกรพร, 2540) และจากการศึกษาในสถานสงเคราะห์คนชราจังหวัดเชียงใหม่พบว่าผู้สูงอายุ มีภาวะทุพพลภาพด้านการทำกิจวัตรประจำวันถึงร้อยละ 27 (ธัญลักษณ์ หอบันลือกิจ, 2536)

การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุนำมาสู่ภาวะทุพพลภาพ (Disability) ด้วยเช่นกัน (Steffens, Hays and Krishnan, 1999; Kiosses, Klimstra, Murphy and Alexopoulos, 2001; Karp et al., 2009) การศึกษาในอเมริกา พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในคลินิกจิตเวชแห่งหนึ่ง มีภาวะทุพพลภาพในด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคลและบทบาททางสังคม ร้อยละ 46.6 (Karp et al., 2009) และจากการศึกษาของ Kiosses et al. (2001) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ในจำนวน 126 ราย มีภาวะทุพพลภาพโดยรวม อยู่ในระดับสูง เฉลี่ย 24.81 (ช่วงคะแนน 14 - 27) ซึ่งภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ส่งผลทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ผู้ป่วยขาดความอิสระและต้องเปลี่ยนบทบาทไปสู่สถานะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ภัทรารักษ์ วิริยวงศ์, 2551) รวมถึงสูญเสียการแสดงบทบาททางสังคมเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค (Karp et al., 2009)

ปัจจัยสาเหตุของภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และลักษณะทางสังคม (Kopeck, 1995, Vehmas, 2004) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ไม่สามารถใช้แนวคิดหนึ่งอธิบายการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Karp et al., 2009) ผู้วิจัยจึงได้มีการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศและในประเทศซึ่งพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้แก่ เพศ ในการศึกษาพบว่าเพศหญิงเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะทุพพลภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่าเพศชาย (Kiosses et al., 2001) เนื่องจากผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าชาย 2-3 เท่า (Busch-mann et al.,1998) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี หลินสุนันท์ (2543) ที่พบว่าระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับเพศหญิงและเพศหญิงเป็นเพศที่มีความอ่อนแอทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมากกว่าเพศชายจึงมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพได้มากกว่า (Kiosses et al., 2001) อายุ จากการศึกษาพบว่า อายุของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพในการทำกิจกรรมประจำวันและในการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่ $P < 0.01$ (Kiosses et al.,2001, Alexopoulos, et al.,1996) นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ เป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Steffens, Hays and Krishnan, 1999)

การเจ็บป่วยเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Karp et al., 2009; Kiosses et al., 2001; Alexopoulos et al.,1996; Steffens et al.,1999) การศึกษาของ Alexopoulos et al. (1996) รายงานว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในการทำกิจกรรมด้วยตนเองและกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .32, p < .01$)

ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การศึกษาพบว่า ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (Karp et al., 2009) และพบว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์และสามารถทำนาย ภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Kiosses et al., 2001; Alexopoulos et al., 1996; Steffens et al., 1999)

การสนับสนุนทางสังคม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะ
 ทูพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Steffens et al., 1999)

ภาวะทูพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อตัว
 ผู้ป่วย ครอบครัว สังคม ผลกระทบต่อผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยจะไม่สามารถดำเนินชีวิตหรือแสดง
 บทบาทส่วนบุคคล และบทบาททางสังคมได้อย่างปกติ (Karp et al., 2009) ผลกระทบต่อครอบครัว
 และสังคม เป็นผลกระทบในด้าน การระในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มค่าใช้จ่ายในครอบครัว และต้อง
 เสียเวลาในการทำงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ดังที่สทรูทซ์ วาสิกนันท์ (2547) ได้กล่าวถึงความสูญเสีย
 เนื่องจากโรคซึมเศร้าว่า โรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่เป็นนานถึงเรื้อรังและเป็นซ้ำได้บ่อย เป็นปัญหาต่อ
 หน้าที่การงาน ครอบครัวและสังคม การที่มีอาการเรื้อรังทำให้คุณภาพการทำงานลดลงและสูญเสีย
 ผลิตภาพ สูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ และส่งผลให้กลายเป็นภาระพึ่งพิงสูงต่อคนใน
 ครอบครัว ผลกระทบของภาวะทูพพลภาพแสดงให้เห็นได้จาก เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะทูพพลภาพ
 จะพบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่งผลกระทบต่อครอบครัว
 และผู้ดูแล ขณะเดียวกันครอบครัวหรือญาติที่ดูแลได้รับแรงกดดันจากการที่ไม่สามารถประกอบ
 กิจกรรม หรือทำงานอื่นเป็นปกติได้ เพราะต้องดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต และเศรษฐกิจ
 ตามมา (จิรวรรณ อินคัม, 2549) ดังนั้นภาวะทูพพลภาพ จึงเป็นเรื่องที่สำคัญที่ควรได้รับการ
 ป้องกันและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถคงสภาพของการทำหน้าที่ได้โดยชลดความผิดปกติให้นาน
 ที่สุด

การป้องกันและบรรเทาภาวะทูพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำเป็นต้องศึกษา
 ถึงปัจจัยสาเหตุของการเกิดภาวะทูพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการ
 ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุให้มีสุขภาพดีต่อไป
 สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะทูพพลภาพในผู้ป่วยโรค
 ซึมเศร้าวัยสูงอายุ ถ้าได้มีการศึกษาโดยใช้แนวคิดภาวะทูพพลภาพของ Nagi (1991) และคัดเลือก
 ปัจจัยคัดสรรจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะทูพพลภาพ
 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและเป็นปัจจัยที่สามารถจัดกระทำเพื่อป้องกันและลดปัญหาภาวะ
 ทูพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุโดยใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้
 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทูพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 วัยสูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขต
 กรุงเทพมหานคร และปริมณฑลทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษา ไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรค
 ซึมเศร้าวัยสูงอายุเพื่อลดภาวะทูพพลภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้าน เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมในการร่วมพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

คำถามการวิจัย

1. ระดับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้าน เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหรือไม่อย่างไร
3. ปัจจัยด้าน เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์ ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้หรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข ในการศึกษาทางการแพทย์พบว่า ภาวะทุพพลภาพ มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับ การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อื่นๆ (Wells et al., 1989; Hays et al., 1995) ภาวะทุพพลภาพ (Disability) ได้เคยถูกนิยามและดำเนินการในรูปแบบและขอบเขตที่หลากหลาย (WHO, 1980; Nagi, 1991; Gurland, 1992; Verbrugge and Jette, 1994) ภาวะทุพพลภาพ เป็นความจำกัด หรือ การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการแสดงบทบาทส่วนบุคคล และบทบาททางสังคมที่เป็นการปฏิบัติกิจกรรมโดยทั่วไป ซึ่งเกิดจากสาเหตุของภาวะสุขภาพ และส่งผลต่อการกระทำกิจกรรมด้วยตนเอง ในเรื่องของกิจกรรมประจำวันและเรื่องของการแสดงบทบาททางสังคม (Pope and Tarlov, 2008) ใน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิด ภาวะทูปพลภาพของ Nagi (1991) ซึ่ง กล่าวว่าภาวะทูปพลภาพเป็นการสูญเสียหรือมีข้อจำกัดในการกระทำกิจกรรมต่างๆในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยแสดงออกในด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคลและบทบาททางสังคม ประกอบด้วยกิจกรรม 2 ประการ ได้แก่

1. การแสดงบทบาทเกี่ยวกับสังคม (Societal) เช่น การอยู่ร่วมกัน การไปมาหาสู่ซึ่งกันและกัน (socially) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เป็นบทบาทหน้าที่ที่ต้องกระทำด้วยตนเองในสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ได้แก่ การเขียนจดหมาย การโทรศัพท์ การส่งอีเมลล์ การเยี่ยมเยียนเพื่อนและครอบครัว การดูแลจัดการตามความต้องการของครอบครัว ได้แก่ การไปจ่ายตลาด การทำความสะอาดบ้าน และการซ่อมแซมบ้าน การใช้เวลาบางส่วนสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจ การดูแลเรื่องการเงิน รายรับ- รายจ่ายภายในครอบครัว การเที่ยวนอกเมือง หรืออย่างน้อยสามารถพักค้างคืนบ้านคนอื่น การดูแลสุขภาพตนเอง การเรียกร่องสิทธิ์ตามบทบาทของตน

2. การแสดงบทบาทส่วนบุคคล (Personal role) ซึ่งหมายถึง การกระทำกิจกรรมประจำวัน (Activity of daily living) ได้แก่ การเดิน การวิ่ง การขึ้น-ลงบันได การถือของ การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การเข้าห้องน้ำ การกลั้นปัสสาวะ การยกน้ำหนัก การเดินแอโรบิค เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยใช้แนวคิด กระบวนการเกิดภาวะทูปพลภาพของ Nagi (1991) ที่กล่าวว่าภาวะทูปพลภาพเกิดจากพยาธิสภาพ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และกีดกันปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยสาเหตุ การเกิดภาวะทูปพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีปัจจัยดังต่อไปนี้

เพศ ปัจจัยด้านเพศเป็นสิ่งที่บอกให้ทราบความแตกต่างทางสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม มีผลให้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) ดังเช่นในการศึกษาพบว่าเพศหญิงเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะทูปพลภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่าเพศชาย (Kiosses et al., 2001) เนื่องจากผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าชาย 2-3 เท่า (Busch-mann et al., 1998) การศึกษาของ เพ็ญศรี หลินสุวนันท์ (2543) พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับเพศหญิง และเพศหญิงเป็นเพศที่มีความอ่อนแอทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมากกว่าเพศชายจึงมีโอกาสเกิดภาวะทูปพลภาพได้มากกว่า (Kiosses et al., 2001) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะทูปพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

อายุ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะพบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เนื่องมาจากเมื่ออายุมาก

ขึ้นร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยลง ความแข็งแรงของร่างกายลดลงส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆของผู้สูงอายุลดลง (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2549) ประกอบกับการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล, 2542) การศึกษาของ Kiosses et al., (2001) พบว่าอายุของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุพพลภาพในการทำกิจวัตรประจำวันและการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่ $p < .01$ และในการศึกษาของ Alexopoulos et al. (1996) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุพพลภาพทั้งในแบบวัด self maintenance , Activity of daily living (ADL), Interview rated measure of disability อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าอายุเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

การเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยทางสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพและโรคทางกายมากที่สุด การเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นสาเหตุการตายและภาวะทุพพลภาพในสหรัฐอเมริกา (Nation and State Perspectives , 2002) โรคเรื้อรังสำคัญจำนวน 5 โรค ที่ทำให้เกิดอัตราการตายและทุพพลภาพ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง อัมพฤกษ์/อัมพาต หลอดลมโป่งพอง และโรคเบาหวาน จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังกล่าวมีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า (Sher, Lolak and Maldonado , 2010) การศึกษาของ Jiang, Krishnan and O' Connor (2002) พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุคือการเกิดภาวะทุพพลภาพ ซึ่ง Nagi (1991) ได้กล่าวไว้ว่า การมีพยาธิสภาพทางกายไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง การบาดเจ็บจากสาเหตุต่างๆ เช่น อุบัติเหตุ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางร่างกายและเกิดภาวะทุพพลภาพในการทำกิจกรรมประจำวัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Kiosses, 2001; Alexopoulos et al., 1996; Steffens et al., 1999) การศึกษาของ Alexopoulos, et al. (1996) รายงานว่า การเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับ ภาวะทุพพลภาพในการทำกิจกรรมด้วยตนเองและกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.32, p < .01$) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Karp et al. (2009) ที่รายงานว่า การเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ดังนั้นตัวแปรนี้จึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่ขบออกความสัมพันธ์ได้ไม่ชัดเจนจึงต้องมีการศึกษาเพื่อให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้น

ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหนึ่งที่มีมากขึ้น โดยทั่วไปในผู้สูงอายุ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ลักษณะอาการเด่นชัดในผู้สูงอายุคือการมีอาการไม่สบาย

ทางร่างกายมาก ในขณะที่ความผิดปกติของอารมณ์มีไม่มากหรือไม่ชัดเจน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลแสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความเบี่ยงเบนด้านความคิด การรับรู้ และมีความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกาย อาการสำคัญที่พบได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดเกี่ยวกับตนเองในด้านลบ อาการและอาการแสดงไม่จำเพาะเจาะจง ในผู้สูงอายุจะมีอาการแสดงที่แตกต่างจากวัยอื่นๆ คือการแสดงออกที่มีลักษณะคล้ายการเจ็บป่วยทางกาย (Kurlowicz, 1997) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์บวกและสามารถทำนาย ภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Karp et al, 2010; Kiosses et al, 2001; Alexopoulos et al, 1996; Steffens et al, 1999) การศึกษาของ Karp et al. (2009) พบว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าซึ่งวัดด้วยแบบประเมิน Hamilton rating scale for depression (HAM-D) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

การสนับสนุนทางสังคม ในวัยของผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องการการดูแลจากครอบครัว ต้องการการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก และเศรษฐกิจ ซึ่งจะทำให้เกิดกลไกการป้องกันอันตรายที่เกิดจากความทุกข์ และช่วยเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีความคุณค่า และมีความหมาย (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2532) การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมของตนซึ่งตอบสนองความต้องการที่ได้รับ มี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความใกล้ชิดสนิทสนม ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา ด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และด้านการได้รับความช่วยเหลือและแนะนำ (Weiss, 1974) จากการศึกษาของ ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของคนไทย เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุณี สุวรรณพสุ (2544) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปรับตัวในผู้สูงอายุโรคเข่าเสื่อม สำหรับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสำคัญเช่นกัน Steffens et al. (1999) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพโดยจะทำให้เกิดอารมณ์ที่มั่นคง รู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่า และส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ลบกับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
2. อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
3. การเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
4. ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
5. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
6. เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ ได้แก่ เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยอายุตั้ง 60 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า
2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย
 - 2.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม
 - 2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะทุพพลภาพ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในแบบวัดภาวะทุพพลภาพ ซึ่งเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นมาโดยชาวตะวันตกที่มีสังคมและวัฒนธรรมแตกต่างบริบทในสังคมไทย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (DSM-IV) ว่าเป็นโรคซึมเศร้าและมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ภาวะทุพพลภาพ หมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวกับการแสดงบทบาทส่วนบุคคล และบทบาททางสังคม ในบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งประกอบด้วย

1. การแสดงบทบาททางสังคม (Societal) หมายถึง การอยู่ร่วมกัน การไปมาหาสู่ซึ่งกันและกัน (socially) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเป็นบทบาทหน้าที่ที่ต้องกระทำด้วยตนเองในสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ได้แก่ การเขียนจดหมาย การโทรศัพท์ การส่งอีเมลล์ การเยี่ยมเยียนเพื่อนและครอบครัว การดูแลจัดการตามความต้องการของครอบครัวได้แก่ การไปจ่ายตลาด การทำความสะอาดบ้าน และการซ่อมแซมบ้าน การให้เวลาบางส่วนสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจ การดูแลเรื่องการเงิน รายรับ- รายจ่ายภายในครอบครัว การเที่ยวนอกเมืองหรืออย่างน้อยสามารถพักผ่อนที่อื่น การดูแลสุขภาพตนเอง การเรียกร้องสิทธิตามบทบาทของตน

2. การแสดงบทบาทส่วนบุคคล (Personal role) หมายถึง กิจกรรมประจำวัน (Activity of daily living) ได้แก่ การเดิน การวิ่ง การขึ้น-ลงบันได การถือของ การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การเข้าห้องน้ำ การกลืนปีสสาวะ การยกน้ำหนัก การเดินแอโรบิค

สามารถประเมินได้จากแบบประเมิน Late – Life Disability Instrument ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความสามารถในการแสดงบทบาทส่วนบุคคลและบทบาททางสังคม ข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ประเมินใน 2 ด้าน คือความสม่ำเสมอในการแสดงบทบาทส่วนบุคคล (Personal Role) และความสม่ำเสมอในการแสดงบทบาททางสังคม (Social Role)

ปัจจัยคัดสรร หมายถึง ปัจจัยที่ได้รับการคัดเลือกจากการทบทวนงานวิจัย ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแต่ละปัจจัยมีค่าจำกัดความดังนี้

เพศ หมายถึง สถานภาพซึ่งแสดงถึงความเป็นหญิงหรือชายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ประเมินได้จากการที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลไว้ในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

อายุ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบันของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุโดยนับเป็นปี ถ้าอายุเดือนมากกว่า 6 เดือนในนับเป็น 1 ปี ถ้าน้อยกว่า 6 เดือนให้ตัดออก ประเมินได้จากการที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลไว้ในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

การเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายอย่างต่อเนื่องติดต่อกันตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ซึ่งประเมินได้จากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด โดยแสดงออก ทางด้านอารมณ์ ด้านการคิดและการรับรู้ ทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอึดอัด โหมติในทางลบต่อตัวเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต เบื่ออาหาร นอนไม่หลับซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็นระดับต่างๆดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชชัย, 2549) 1) ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) ภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส เศร้าเหงาชั่วคราว รู้สึกได้เป็นบางครั้ง 2) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ระยะนี้จะรุนแรงขึ้น มีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ 3) ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่นานและตลอดเวลาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด รู้สึกไร้ความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ ทำให้มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตัว ผู้สูงอายุที่มีอารมณ์เศร้ายกระดับนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ มักจะแยกตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม พยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากอาจมีอาการหลงผิดและประสาทหลอน ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) ฉบับภาษาไทยของ มาโนช หล่อตระกูล (2539) แบบประเมินนี้ประกอบด้วย คำถามจำนวน 17 ข้อ

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา เห็นคุณค่าในตนเอง และได้รับความช่วยเหลือแนะนำ ประเมินได้จากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ ชมนาด วรรณพรศิริ (2535) ซึ่งแปลจาก แบบสอบถาม The personal resource questionnaire : PRQ 85 Part II ที่สร้างโดย Brandt and Weinert (1981) ตามแนวคิดของ Weiss (1974) มีคำถามทั้งหมด 25 ข้อ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในบริบทสังคมไทย
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทั้งในแนวทางการป้องกันและการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต่อไป

3. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารการพยาบาลและทีมสุขภาพจิตในการออกแบบระบบบริการและกำหนดแผนการปฏิบัติงานในการป้องกันภาวะทุพพลภาพและการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ
4. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ จากตำรา เอกสาร บทความ และ รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ในการนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
 - 1.2 ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
 - 1.4 สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.5 อาการของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.6 การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.7 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.8 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ
 - 2.1 ความหมายของภาวะทุพพลภาพ
 - 2.2 กระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพ
 - 2.3 ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 2.4 การประเมินภาวะทุพพลภาพ
3. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 3.1 เพศ
 - 3.2 อายุ
 - 3.3 การเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 3.4 ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
 - 3.5 การสนับสนุนทางสังคม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder: MDD)

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชจัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ มีการให้ความหมายของโรคซึมเศร้าได้ดังนี้

สมภพ เรื่องตระกูล (2545) ให้คำจำกัดความว่า ลักษณะที่สำคัญของโรคนี้ คือ ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัด ร่วมกับอาการอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อหน่ายและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดอยากตาย

มาโนช หล่อตระกูลและคณะ (2550) ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มความผิดปกติของอารมณ์โดยผู้ป่วยจะมี อารมณ์เศร้า ผู้ป่วยจะซึมเศร้าหดหู่นะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ในผู้ป่วยไทยอาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์เศร้านี้จะเป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป อารมณ์หงุดหงิดพบได้บ่อยเช่นกัน ผู้ป่วยรู้สึกทนเสียงดังหรือคนรอบกวนไม่ได้ มักอยากอยู่คนเดียวเงียบ ๆ

พิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย (2553) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ซึ่งอาการสำคัญได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า และความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมไปกับการรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหวเชื่องช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายในที่สุด

สรุปโรคซึมเศร้า หมายถึง ภาวะอารมณ์ผิดปกติทางด้านอารมณ์ ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของบุคคลซึ่งอาการสำคัญได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า และความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมไปกับการรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหวเชื่องช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตายในที่สุด และความรู้สึกนี้เป็นอย่างต่อเนื่องนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป

1.2 โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของชีวิต เป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่มนุษย์ต้องประสบ และไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กระบวนการสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่มีการพัฒนา และมีความเสื่อมสภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและวิญญาณ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามวัยอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่เกิดและดำเนินไปตลอดชีวิต ในภาคพื้นเอเชียจะถือเอา 60 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) และแบ่งอายุเป็น 3 ช่วง คือ วัยสูงอายุตอนต้น (elderly) คือบุคคลที่มีอายุ 60-74 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (old) คือ บุคคลที่มีอายุ 75-90 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย (very old) คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 90 ปี ขึ้นไป (WHO, 1988)

โรคซึมเศร้าที่เกิดในผู้สูงอายุ เป็นความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นโรคที่พบได้เป็นอันดับ 2 รองจากโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) ซึ่งส่งผลกระทบต่อสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุหลายประการ โดยเฉพาะสถานภาพหลักในครอบครัวนั้นคือสถานภาพการเป็นหัวหน้าครอบครัวเมื่อถูกลดบทบาทลงทำให้ผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ามีคุณค่าและศักดิ์ศรีลดลง เป็นภาวะที่ให้กับครอบครัวเกิดภาวะฟุ้งเฟิงและโรคซึมเศร้าตามมา (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544) โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักถูกละเลย ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และก่อให้เกิดปัญหาหลายอย่าง การดูแลรักษาก่อนช้ายาก เกิดโรคแทรกซ้อนทางการรู้คิด (Cognitive disorders) ตามมา โดยเฉพาะกรณีที่เป็นโรคซึมเศร้าภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุกรรมต่างๆ แพทย์มักมองว่าเป็นอาการที่เกิดร่วมกับโรคทางกาย เช่น อ่อนเพลีย คิดว่าเป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุที่อายุมาก จะหดหู่ ท้อแท้ ในผู้สูงอายุเองมักคิดว่าตนเองมีปัญหาทางสุขภาพทางกายมากกว่าทางจิตใจ (รวีวรรณ นิวัตพันธ์, 2553)

โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น การรับรู้ที่ลดลง สิ่งที่เคยมีอยู่เดิมอ่อนแอ ความบีบคั้นในชีวิต ภาวะทศพโภชนาการ น้ำหนักตัวลดลง ภาวะกดดันทางจิตใจ การสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง การเป็น โรคเรื้อรัง และการเป็นภาระของผู้ดูแล ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคซึมเศร้า (Ever and Marin, 2002)

ความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) กล่าวว่าโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะมีอาการแตกต่างจากที่พบในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย คือ ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบายทางกายมาก แต่ในขณะที่ความผิดปกติทางอารมณ์อาจมีไม่มาก และมาพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย จึงทำให้เข้าใจว่าโรคซึมเศร้าเป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุที่เป็นไปตามวัย และไม่ได้ได้รับการรักษาอย่างทันที่

พูนสิน เถลิวัฒน์ (2553) ให้ความหมายของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุว่า ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ โดยการแสดงออกทางกายคือ ปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร การนอนหลับ ความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายต่างๆ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทางด้านจิตใจคือ รู้สึกเหงา หดหู่ สิ้นหวัง เฉยชา กับสิ่งแวดล้อม และอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย

ดังนั้น สรุปความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจ โดยการแสดงออกทางกายคือ ปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร การนอนหลับ ความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายต่างๆ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทางด้านจิตใจคือ รู้สึกเหงา หดหู่ สิ้นหวัง เฉยชา กับสิ่งแวดล้อมและอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย

1.2 ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

การศึกษาเชิงระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าเป็นการศึกษาด้านความชุกและอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้าที่พบในผู้สูงอายุ ในการศึกษาความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 24 และผู้ป่วยสูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ความชุกร้อยละ 5 - 13 ในการศึกษาของ Jacoby and Oppenheimer (2002) พบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 10 - 15 จะมีอาการซึมเศร้า และร้อยละ 3 จะป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในผู้ที่อายุมากจะมีอาการของโรคซึมเศร้ามากขึ้น (Jones, 2003) อย่างไรก็ตามความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ร้อยละ 1 - 3.7 (Steffen et al., 2000) และมีประมาณร้อยละ 1 - 9 มีอาการครบถ้วนของโรคซึมเศร้า (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

สำหรับในประเทศไทย มีการสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าในเขตภาคเหนือ โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) แบบสั้น 15 ข้อ พบว่ามีความชุกของโรคร้อยละ 29.3 (เกษรภรณ์ คุณาวัดน์เดช, 2543) การศึกษาความชุกในภาคใต้ของ ประภาส จิตตาศิรินุวัตร (2544) พบว่าวัยสูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41 และการศึกษาระดับประเทศ ของปรีชา ศตวรรษธำรง และคณะ (2544) พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 14

ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พบว่ามี ความแตกต่างกันนั้น อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น การใช้เครื่องมือที่ต่างกันในการประเมินภาวะซึมเศร้า รวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่เป็นสาเหตุ การเกิดโรคซึมเศร้าซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงถือตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ทั่วไปดังนี้

ระบบการจำแนกโรคที่นิยมใช้ในปัจจุบันมี 2 ระบบ ได้แก่ (มาโนช หล่อตระกูลและคณะ, 2550)

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

2. International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10) เป็นระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10

เริ่มใช้ค.ศ. 1992

การจำแนกโรคของทั้งสองระบบนี้เดิมมีความแตกต่างกันระดับหนึ่ง แต่ในฉบับปัจจุบันได้มีการปรับให้ใกล้เคียงกันจึงทำให้เกณฑ์ส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการวินิจฉัย โรคซึมเศร้า ทั้งระบบ DSM-IV และ ICD-10 พบว่า มีการใช้คำภาษาอังกฤษต่างกัน คือ DSM-IV ใช้คำว่า Major Depressive Episode แต่ใน ICD-10 ใช้คำว่า Depressive Episode และมีการแบ่งระดับความรุนแรงของอาการเป็น 3 ระดับ ซึ่งใน DSM-IV ไม่มี และนอกจากนั้นในหนังสือของ มาโนช หล่อตระกูลและคณะ(2550) และหนังสือของ สมภพ เรื่องตระกูล (2545) ได้ใช้คำภาษาอังกฤษว่า Major Depressive Disorder: MDD และคำว่า Dysthymic disorder ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง ดังนั้นในการศึกษานี้จึงใช้ Major Depressive Disorder: MDD และการวินิจฉัยโรคในประเทศไทยใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัยแบบ DSM-IV

ประเภทของโรคซึมเศร้าที่พบบ่อยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้แก่ โรคซึมเศร้าหลัก (Major Depressive Disorder: MDD) และ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymic disorder)

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder: MDD) ตามการวินิจฉัยของ DSM-IV (ฉบับภาษาไทย) (มาโนช หล่อตระกูลและคณะ, 2550) คือ มีอาการ Major Depressive Episode ดังต่อไปนี้ 5 อาการ (หรือมากกว่า) โดยต้องมีข้อ 1 หรือ 2 หนึ่งข้อ ดังนี้

1. ซึมเศร้า
2. ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในสิ่งต่างๆ ลดลงอย่างมาก
3. เบื่ออาหาร หรือน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน
4. นอนไม่หลับหรือหลับมากกว่าปกติ
5. Psychomotor agitation หรือ Retardation
6. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
7. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิด
8. สมาธิลดลง ลังเลใจ
9. คิดเรื่องความตาย หรือการฆ่าตัวตาย

อาการที่เกิดขึ้นอยู่นาน 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ไปจากแต่ก่อนโดยทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือทำให้ประกอบอาชีพ การเข้าสังคม หรือหน้าที่ด้านอื่นที่สำคัญบกพร่องอย่างชัดเจน

การวินิจฉัยโรคในโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยศึกษามีการให้รหัสโรคตามเกณฑ์ของ ICD-10 ดังนั้นจึงได้ใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตาม DSM-IV และ การให้รหัสโรคตาม ICD-10 ได้แก่ รหัสต่อไปนี้ (ธนู ชาติชนานนท์, บรรณาธิการ, 2536; กรมสุขภาพจิต, 2550)

F32.0 Mild depressive episode

F32.1 Moderate depressive episode

F32.2 severe depressive episode without psychotic symptoms

F32.8 Other depressive episodes

F32.9 Depressive episode, unspecified

F33.0 Recurrent depressive disorder, current episode mild

F33.1 Recurrent depressive disorder, current episode moderate

F33.2 Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms

F33.4 Recurrent depressive disorder, currently in remission

F33.8 Other recurrent depressive disorder

F33.9 Recurrent depressive disorder, unspecified

F34.1 Dysthymia เป็นอารมณ์เศร้าที่มีอยู่นาน แต่อาการไม่รุนแรงถึงขนาดวินิจฉัยในกลุ่ม F32 หรือ F33 ได้

1.4 สาเหตุของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องที่อธิบายถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าสามารถแบ่งได้เป็น 4 ทฤษฎี ดังต่อไปนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2544; อรพรรณ ลีอนุญช วัชชัย, 2549)

1.4.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา

1) ปัจจัยด้านชีวเคมี (Biochemical factors) จากการศึกษาด้านชีวเคมีพบว่า มีความเกี่ยวข้องกับระดับอารมณ์ของมนุษย์อย่างมาก เช่น พบว่าบุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้ามีระดับฮอร์โมนนอโรอิพิเนฟริน (Norepinephrine) ต่ำ โดยพบว่าสารกลุ่มนี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้นซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (Neurophysiology) ได้แก่การเปลี่ยนแปลงของระดับชีวเคมีในร่างกาย หรือ ความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลายโซเดียม และโพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาทผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้ารุนแรงในช่วงเช้าตรู่ และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ

2) ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factors) มีการศึกษาในฝาแฝดพบว่า ในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันอัตราความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงร้อยละ 50 ในฝาแฝดไข่คนละ

ใบอัตราความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงร้อยละ 10-25 นอกจากนี้ยังพบว่าโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงจะพบในผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดใกล้ชิด ได้แก่ พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย หรือพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันมากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 1 เท่าครึ่งถึง 3 เท่า

1.4.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factors)

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ฟรอยด์ (Freud) อธิบายว่าเป็นอาการเศร้า ไม่สนใจ โลกภายนอก ขาดความรักและกิจกรรมต่างๆ มีความรู้สึกหั่นเข้าหาตนเอง สนใจเฉพาะตนเองหลงผิดและลงโทษตัวเอง อารมณ์เศร้าเกิดจากการสูญเสียสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น การตายจาก หรือการถูกปฏิเสธ สำหรับผู้สูงอายุการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก บทบาทหน้าที่การงาน ทำให้เกิดความรู้สึกทางลบ รู้สึกไร้ค่า ขาดความสนใจในตนเองและสิ่งแวดล้อม

2) ทฤษฎีพัฒนาการและประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้เกี่ยวกับความล้มเหลวของตนเอง การถูกทอดทิ้งโดยเฉพาะการถูกแยกจากบุคคลที่มีความสำคัญใน 6 เดือนแรกของชีวิต ทำให้บุคคลมีความรู้สึกเศร้า ความคิดและคาดหวังเกี่ยวกับตนเองในทางลบ ไม่สามารถปรับตัวได้ ทารกที่ถูกทอดทิ้งในขวบปีแรกของชีวิตทำให้เกิดความเศร้า (Analytic Depressions) จะพบว่ามีพฤติกรรมเศร้า ร้องไห้มาก รับประทานอาหารไม่ได้ พัฒนาการเคลื่อนไหวล่าช้า ซึม ท้อ การเจริญเติบโตหยุดชะงัก มีอาการเศร้าตั้งแต่วัยเด็ก เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่จะมีพฤติกรรมเศร้ามาก ในวัยสูงอายุประสบการณ์ความล้มเหลว การพราจจาก การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางครอบครัวและสังคมทำให้เกิดความรู้สึกไร้ค่า ล้มเหลว หมดหวังกับชีวิต

1.4.3 ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive factors) ทฤษฎีด้านการรับรู้ พบว่า ความเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ คิดโทษตนเอง ทำร้ายตนเอง Beck (1976) ได้ระบุถึงความคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าไว้ 3 ประการ คือ ความคาดหวังด้านสิ่งแวดล้อมในทางลบ ความคาดหวังตนเองในทางลบ และความคาดหวังอนาคตในทางลบ ความรู้สึกในทางลบของบุคคลจะมีผลในการทำลายพัฒนาการทางความคิดของบุคคล ทำลายความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกของตนเองที่ต่ำต้อยและเศร้ามาก เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความคิดและความรู้สึกทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตมีมากขึ้นเนื่องจากความสูญเสียและความเปลี่ยนแปลง

1.4.4 ปัจจัยทางสังคม (Social factors) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ทำให้บุคคลนั้นยอมรับสภาพปรับตัวให้เข้ากับสังคมดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติทางลบและแยกตัวตามมา สำหรับผู้สูงอายุการปรับเปลี่ยนสถานภาพบทบาททั้งในครอบครัวและสังคม รวมทั้งรายได้ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความเคารพและยอมรับจาก

บุตรหลานหรือคนรอบข้างลดลง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

1.5 อาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Beak (1976) ได้จำแนกอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไว้ 4 ด้านดังนี้ (อรพรรณ ถีอนุชวิชัย, 2549; สุชาติภักษ์วาริชกุล, 2546)

1.5.1 อาการแสดงทางด้านร่างกาย (Physical symptom) โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักมีอาการนอนหลับยาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ความรู้สึกทางเพศลดลง มีความเจ็บปวดรุนแรงเฉพาะที่ (severe localized pain) ซึ่งสัมพันธ์กับการปวดแบบเรื้อรัง (chronic pain) นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายอาจมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า (retardation) ซึมไม่พูด หรือในบางรายอาจมีอาการลุกลุกกลอน นั่งไม่ติด (agitation)

1.5.2 อาการแสดงทางด้านอารมณ์ (Emotional symptom) มีอารมณ์เศร้าหรือไม่มีความสุข วิตกกังวล อยากจะร้องไห้ ความพึงพอใจในชีวิตลดลง รู้สึกไม่มีความหมาย ไร้ค่า หมดหวัง ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกเหล่านี้กระตุ้นให้เกิดความคิดต้องการทำร้ายตนเอง แต่ในบางรายอาจแสดงอาการออกทางอารมณ์ที่รุนแรง หงุดหงิดง่าย

1.5.3 อาการแสดงทางการรู้คิด (Cognitive symptom) กระบวนการคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้สูงอายุเป็นกระบวนการคิดในแง่ลบ หรือการรับรู้ทางลบไม่ตรงกับความเป็นจริง จึงทำให้ความคิดเกี่ยวกับตนเอง อนาคตและสังคมเปลี่ยนไปในทางลบ

1.5.4 อาการแสดงทางด้านแรงจูงใจ (Volitional symptom) แรงจูงใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้สูงอายุมีลักษณะแบบถดถอย โดยมีลักษณะแยกตัว สนใจกิจกรรมที่ชอบน้อยลงหรือในบางรายไม่สนใจกิจกรรมเฉยเมย ซึม คิดหมกมุ่นเรื่องของตนเอง

1.6. การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มาโนช หล่อตระกูลและคณะ (2542) ได้จำแนกการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไว้ดังนี้

1.6.1 การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในรายที่มีอาการมาก เช่น มีอารมณ์ซึมเศร้ามาก นอนไม่หลับหรือหลับยาก ภาวะกระวนกระวายมาก ไม่รับประทานอาหาร หรือมีความคิดฆ่าตัวตายบ่อยๆ ให้รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง

1.6.2 การรักษาด้วยยา การรักษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินของโรค

1) การรักษาระยะเฉียบพลัน (acute treatment) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการ ไปจนถึงหายจากอาการ คือ เข้าสู่ระยะ emission ยาหลักที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ ยาแก้ซึมเศร้า ในระยะนี้ยาแก้ซึมเศร้าได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80

2) การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) เป็นการให้การรักษาต่ออีก

ประมาณ 3-9 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ recover ทั้งนี้พบว่า หากหยุดยาการรักษาก่อนนี้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด relapse สูงมาก

3) การป้องกันระยะยาว (prophylactic treatment) การให้ยาเพื่อป้องกันจะพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด recurrence สูง

1.6.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ในผู้ป่วยสูงอายุการรักษาด้วยไฟฟ้ามักได้รับการเลือกเป็นลำดับหลังๆเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ

1.6.4 จิตบำบัด

1) Cognitive - behavior therapy เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีสาเหตุมาจากการมีแนวคิดที่ไม่เป็นไปตามความเป็นจริง การรักษามุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้นรวมถึงการปรับพฤติกรรม ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง อนาคตและสิ่งแวดล้อมมากกว่าวัยอื่นๆเนื่องจากปัจจัยต่างๆ มักใช้ได้ดี

2) Interpersonal therapy เป็นการรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ สำหรับผู้ป่วย โรคซึมเศร้าผู้สูงอายุปัญหาการสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว สังคมเป็นปัญหาหลักปัญหาหนึ่งการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและครอบครัว

3) Psychodynamic Psychotherapy เป็นการบำบัดแบบวิเคราะห์กลไกทางจิต มีรากฐานจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่เชื่อว่า ความขัดแย้งในจิตใต้สำนึกเป็นต้นเหตุของปัญหาที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า การบำบัดจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้า โดยพยายามวิเคราะห์ปมขัดแย้ง ที่สำคัญๆ เพียงเรื่องเดียว เช่นปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นต้น

4) Behavior Therapy เป็นการบำบัดพฤติกรรม Kazdin (2001) เป็นผู้ริเริ่มนำเอาพฤติกรรมบำบัดมารักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยอธิบายว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม ในสถานการณ์ต่างๆ การเสียชีวิตของผู้อื่นเป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงของสถานะความเป็นอยู่ เป็นต้น พฤติกรรมบำบัดมีหลักการว่า เมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนอารมณ์และความคิดจะเปลี่ยนไปด้วย พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นเป็นการเสริมแรงทางบวก และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบ การประสบกับเหตุการณ์ที่ดี จะทำให้ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้ามลดลง

5) Cognitive Therapy เป็นการบำบัดทางปัญญา พัฒนาขึ้นโดย Beck et al. (1979) รูปแบบการบำบัดทางปัญญามีแนวคิดพื้นฐานตามทฤษฎีนิยามว่า อารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคลเป็นผลจากการบิดเบือนความคิด การประเมินสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดบิดเบือนทั้งต่อตัวเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต การบำบัดทางความคิดมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตรวจสอบความคิด และเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่เหมาะสม

1.7. ผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

โรคซึมเศร้ามีทั้งอาการเฉียบพลันและเรื้อรัง เมื่อป่วยแล้วทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยครอบครัว และสังคม

ผลกระทบทางตรง มีหลายประการ ดังนี้

1. ความสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆลดลง (cognitive impairment) ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพอาจทำให้เกิดความคิดทำร้ายตนเองตามมา จากการศึกษาร่วมของ Conwell and Brent (1995) พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่มาตัวตายมักมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงซึ่งมีร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุฆ่าตัวตายทั้งหมด (สุชาดา ภัณฑารักษ์สกุล, 2546) นอกจากทำให้เกิดความพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ แล้วยังส่งผลให้มีความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น เพิ่มค่ารักษาทั้งในลักษณะเฉียบพลันและฟื้นฟู (Tsai, 2007)

2. อาการหลงลืม (memory impairment) เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะทำให้การทำงานของสมองเปลี่ยนแปลงร่วมกับวัยสูงอายุที่มีความพร่องทางด้านความทรงจำซึ่งอาจทำให้มีโรคสมองเสื่อมร่วมด้วย (นันทิกา ทวีชาติ, 2548) ซึ่งอธิบายได้ว่าภาวะเครียดนานๆ ทำให้ Glucocorticoid มีระดับสูงขึ้น อาจทำลายเซลล์ประสาทใน Hippocampus คือ ทำลาย dendritic spines ทำให้ Hippocampus ฝ่อ จากการลดลงของ Brain- derived neurotrophic factor (BDNF) ถ้าไม่รักษาทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเป็นโรคสมองเสื่อมตามมา (นันทิกา ทวีชาติ, 2553 : ออนไลน์)

ผลกระทบทางอ้อมมีหลายประการดังนี้ (สุชาดา ภัณฑารักษ์สกุล, 2546)

1. ทูพโภชนาการ เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารน้อยลงความอยากอาหารลดลง ทำให้ร่างกายขาดสารอาหารน้ำหนักลด

2. ความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ เนื่องจากขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจการดูแลตนเอง การรักษาหรือการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา อีกทั้งมีการ

ปฏิสืบเสาะและการรักษา (Conwell et al.,1990)

3. อุบัติเหตุ เนื่องจากพฤติกรรมที่ซ้าลงหรือถูกลี้ลู่กลนร่วมกับการขาดความสนใจตนเอง และสิ่งแวดล่อมทำให้ขาดความระมัดระวัง
4. ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากขาดความสนใจ ขาดแรงจูงใจ
5. สูญเสียแหล่งสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากแยกตัว ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความคิดในแง่ลบต่อบุคคลหรือสถานการณ์ต่างๆ ทำให้ครอบครัว และสังคมเกิดความไม่เข้าใจ ผู้ป่วย ไม่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ

1.8. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

จุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่สำคัญ 3 ประการ ดังนี้ (American Psychiatric Association, 2000 อ้างถึงในชวนี ล่องชูผล, 2547; อัจรรารณ แก่นอินทร์, 2548)

ประการแรก ให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับความสุขสบายและปลอดภัย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่เศร้ายากมักจะทำร้ายตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความทุกข์ การป้องกันการฆ่าตัวตายแม้ไม่อาจป้องกันได้ทั้งหมด แต่การทราบถึงปัจจัยเสี่ยงหรือบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยสังเกตจากพฤติกรรมหรือคำพูดของผู้ป่วยที่อาจบ่งชี้เป็นนัยก็จะช่วยเพิ่มความระมัดระวังและให้ความเอาใจใส่มากขึ้นดังนี้

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบาย มีบรรยากาศแจ่มใส
2. ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยสูงอายุ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และยินดีช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวันทั้งทางด้านการพักผ่อน นอนหลับ การรับประทานอาหารและอื่นๆ
3. ให้การดูแลใกล้ชิด สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ การอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ายากต้องการเพื่อน ต้องการคนเข้าใจช่วยปลอบโยน ให้กำลังใจ โดยเฉพาะช่วงคืนนอนใหม่ๆ หากมีคนพูดคุยด้วยจะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกอบอุ่นที่มีคนห่วงใย
4. ขจัดสิ่งของที่อาจมีอันตรายออกให้หมด ได้แก่ อาวุธของมีคมหรือสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายต่างๆ เช่น แก้ว เข็มขัด ตลอคจนหน้าต่าง ประตูกะจก หรือทางเข้าออกตู้ระเบียบภายนอกที่ลึบตา นอกจากนี้หมั่นตรวจสอบไม่ให้ผู้ป่วยหยิบยาไว้ ยาที่ใช้รักษาต้องให้รับประทานต่อหน้าเพื่อป้องกันการเก็บสะสมยา
5. ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างเต็มที่เพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว เช่น เครื่องกระตุ้นให้ยาผู้ป่วยสูงอายุให้ตรงขนาด ตรงเวลา และติดตามอาการข้างเคียงของยา หรือผู้ป่วย

สูงอายุบางรายอาจจำเป็นต้องรักษาด้วยไฟฟ้า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีอาการหลงผิดประสาทหลอน บางครั้งอาจได้รับการผูกมัด ควรให้การดูแลใกล้ชิด หมั่นตรวจสอบอาการผู้ป่วยสูงอายุและปลดเครื่องผูกมัดบ่อยๆ เพราะการผูกมัดอาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุบาดเจ็บเป็นอันตรายได้

6. พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพทั่วไปให้ดีขึ้นและการทบทวนประเด็นปัญหาให้กระจ่าง แยกแยะสิ่งที่ถูกต้อง และสิ่งที่บกพร่อง ควรแก้ไข เพื่อลดความรู้สึกผิดหรือตำหนิตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ

7. ควรทำสัญญากับผู้ป่วยสูงอายุว่าจะไม่ทำร้ายตนเอง เช่น “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายภายในสัปดาห์นี้” หรือ “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายขณะอยู่ในโรงพยาบาล” หรือ “ถ้าฉันคิดฆ่าตัวตายฉันจะบอกให้ท่านทราบ” เป็นต้น การทำสัญญาและรักษาสัญญาเป็นสิ่งมีประโยชน์ เป็นการสร้างความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยลดการเกิดปัญหาและหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุ

ประการที่สอง ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่านพ้นจากภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว ควรปฏิบัติดังนี้

1. ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้ป่วยสูงอายุ โดย

1.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีประสบการณ์ มีความรู้ และมีผู้ที่ห่วงใยผู้ป่วยสูงอายุ เช่น บุคลากรทีมสุขภาพ ญาติ และเพื่อนๆ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย ได้แก่ เจตคติของคนในสังคมที่ทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยสูงอายุลดลง ฉะนั้นพยาบาลต้องเป็นคนช่างสังเกต การพูดจาและท่าทางที่แสดงต่อผู้ป่วยสูงอายุ ควรให้ความยกย่อง นับถือ เพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าของผู้ป่วยสูงอายุ

1.2 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบความคิดเห็นว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิต สิ่ง que ผู้ป่วยสูงอายุกลัว ความรู้สึกผิด ตำหนิตนเอง หรือความสูญเสียต่างๆ การระบายความรู้สึกจะช่วยคลายความอัดอัด กระวนกระวายช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

1.3 รับฟังความคิดเห็นและการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยสูงอายุ เช่น อารมณ์โกรธ หรือเศร้าเสียใจ ร้องไห้ โดยไม่คัดค้าน เพราะผู้ป่วยสูงอายุจะไวต่อการปฏิเสธหรือการไม่ยอมรับของผู้อื่น ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการกระวนกระวายมากขึ้น ควรรับฟังด้วยความสงบ ให้ความสนใจสิ่ง que ผู้ป่วยสูงอายุพูดและพยายามทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

1.4 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเอง ในกิจวัตรประจำวัน พยายามจัดสิ่งแวดล้อมและกิจกรรมที่เหมาะสม สะดวก ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุช่วยตนเองได้ หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือความจำกัดต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยไม่จำเป็น

1.5 กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้ป่วยอื่นๆ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การให้ผู้ป่วยสูงอายุได้แสดงออกในสิ่งที่ถนัด หรือมีประสบการณ์ กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุคิดถึงสิ่งใหม่ๆ ที่ดีแก่ชีวิต เช่น การมีเพื่อน มีสังคมและมีกิจกรรมใหม่ที่พอใจ เป็นต้น

2. ให้ผู้ป่วยสูงอายุทบทวนภาวะซึมเศร้าตนเอง

2.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุทบทวนสถานการณ์และวิเคราะห์ความสูญเสีย หรือปัญหาที่เกิดขึ้นมานั้นว่า เหมาะสมเพียงใด ผู้ป่วยสูงอายุเศร้าเกินไปหรือไม่

2.2 ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรับรู้สิ่งดีๆ ในชีวิต โดยกระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตด้านที่ดีที่พึงใจ เป็นการมองด้านบวก เช่น ความอาทรห่วงใยของสมาชิกในครอบครัว การประสบความสำเร็จในชีวิต การช่วยเหลือผู้อื่น การมีกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย เป็นต้น

2.3 ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความกระจำงในประเด็นปัญหาหรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตามความจริง เพื่อลดความรู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเอง หรือความขมขื่น ไม่พอใจต่างๆ ให้น้อยลง และให้มองอีกด้านที่ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น

2.4 ให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุในการเผชิญปัญหาและแก้ไขสถานการณ์ โดยใช้ให้เห็นถึงความเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านอุปสรรคต่างๆ มากมาย เป็นผู้ที่ม่ประสบการณ์ชีวิตหลากหลาย ซึ่งจะช่วยคลี่คลายปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ผ่านไปด้วยดี

3. ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

3.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ในผู้ป่วยสูงอายุ และจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเช่นเดียวกับความเจ็บป่วยด้านร่างกาย เพื่อช่วยให้อาการต่างๆ ดีขึ้น

3.2 อธิบายให้ทราบสาเหตุ อาการและการลดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง เช่น การแยกตัวจากสังคมเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า การดื่มแอลกอฮอล์จะส่งเสริมให้คิดทำร้ายตนเอง การมองสิ่งต่างๆ ในด้านดีช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น เป็นต้น

3.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุระบายความรู้สึก และวิธีคิดที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้า

3.4 ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม

3.5 ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติ ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ การปรับตัวที่เหมาะสมและวิธีลดความเครียด เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า เช่น การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมองโลกในแง่ดี และการออกกำลังกายเพื่อลด

ความเครียดเป็นต้น

3.6 ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านเศร้า ซึ่งจะเริ่มได้ผลเมื่อผ่านไป 2-3 สัปดาห์ และจำเป็นต้องรับประทานต่อไปเพื่อให้อาการดีขึ้น พร้อมทั้งสังเกตอาการหรือผลข้างเคียงของยา เช่น อาการท้องผูก ปากแห้ง ตาพร่า ถ่ายปัสสาวะลำบาก หรือ เหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง

ประการที่สาม ผู้ป่วยสูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต จากลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มักไม่สนใจตนเอง ละเลยการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งด้านสุขอนามัย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่ายจึงมักมีอาการท้องผูก เนื่องจากคั่งน้ำน้อยและเคลื่อนไหวร่างกายน้อย อาจมีอาการบวมตามแขน ขา และมีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะลำบาก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลข้างเคียงจากยาต้านเศร้า ดังนั้นพยาบาลควรสังเกตและให้ความเอาใจใส่ โดย

1. ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ ตลอดจนมีการขับถ่ายที่เป็นปกติ ควรบันทึกปริมาณอาหาร และน้ำที่ร่างกายได้รับ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ
2. ชั่งน้ำหนักตัวเพื่อสังเกตอาการบวมและติดตามภาวะโภชนาการ
3. จัดให้มีกิจกรรมต่างๆรวมทั้งการออกกำลังกายและการพักผ่อนนอนหลับให้เหมาะสม
4. เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะซึมเศร้าและช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกดีขึ้น โดยมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความอยากอาหาร และนอนหลับได้ดีขึ้น
5. ช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกายที่สวยงาม ทำให้จิตใจสดชื่น ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง
6. บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆให้น้อยลงทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความไม่สุขสบายทั้งจากภาวะซึมเศร้าและจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผลข้างเคียงจากยารักษาโรคด้วย ฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุสุขสบายขึ้นจากปัญหาต่างๆเหล่านี้จะช่วยให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุลดลง
7. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย เพื่อส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง เช่น แสงสว่างเพียงพอ แว่นตาที่มองเห็นได้ชัดเจน และเครื่องช่วยฟังที่ใช้งานได้ดี ต้นไม้และสัตว์เลี้ยงเพื่อให้เพลิดเพลิน เกิดความรู้สึกรักและผูกพัน เป็นต้น

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว

การทำงาน ความมีคุณค่าในตนเองและปัญหาที่สำคัญคือการสูญเสียชีวิต (Roose and Sackeim, 2004) การเรียนรู้และปรับตัวได้ (Lewinsohn et al.,1984) โดยคำนึงถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นสำคัญ (Minardi and Blanchard,2004)

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ (Disability)

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในอดีตมักให้ความสำคัญ ความสนใจไปที่ตัวโรค โดยเฉพาะสาเหตุ (etiology) พยาธิสภาพ (Pathology) และกลวิธาน (pathophysiology) ขณะเดียวกันผลของโรคหรือผลของการรักษาที่ได้รับความสนใจมากที่สุดคือ ความตาย (mortality) แต่ในปัจจุบันโรคไม่ติดเชื้อเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ผู้ป่วยมักเป็นโรคเรื้อรัง มีระยะเวลาดำเนินโรคนาน และมักจะไม่นำไปสู่ความตายโดยตรงดังเช่นโรคติดเชื้อ นอกจากนี้ ความก้าวหน้าทางการแพทย์ ยังช่วยให้ผู้ป่วยจากโรคเรื้อรังเหล่านี้ มีชีวิตอยู่ได้นานขึ้น การใช้แต่เพียงความตาย หรืออุบัติการณ์ของโรคมานำเป็นดัชนีของความรุนแรงของโรคเรื้อรัง หรือของผลการรักษาจึงเกิดความไม่เหมาะสม (นิสากร กรุงไกรเพชร, 2540) องค์การอนามัยโลก (WHO, 1980) จึงได้จัดทำกรจำแนก (classification) ภาวะสุขภาพ โดยเน้นที่ตัวบุคคลมากกว่าโรค ดังนี้คือ

ภาวะบกพร่อง (Impairment) หมายถึง การสูญเสีย หรือความผิดปกติของจิต สรีระ หรือกายวิภาค หรือการทำงานของส่วนต่างๆ ของร่างกาย

ภาวะทุพพลภาพ (Disability) หมายถึง ความจำกัด หรือ สูญเสียของความสามารถในการประกอบกิจต่างๆ ที่ควรจะสามารถทำได้เป็นปกติ โดยเป็นผลมาจากภาวะบกพร่อง เช่น ภาวะทุพพลภาพในการเดิน การแต่งตัว การซื้อของ (shopping disability)

ภาวะพิการ (Handicap) หมายถึง การสูญเสียโอกาสของแต่ละบุคคลอันเนื่องจากภาวะบกพร่องหรือทุพพลภาพที่จำกัดหรือขวางกั้นไม่ให้คุณคนนั้นสามารถดำรงบทบาทที่พึงจะมีเป็นปกติของบุคคลนั้น ขึ้นกับอายุ เพศ ปัจจัยทางสังคม และวัฒนธรรม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะศึกษาภาวะทุพพลภาพเนื่องจากการประเมินตามศักยภาพของผู้ป่วยที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน และนำไปวางแผนการดูแลได้ เมื่อเปรียบเทียบกับการตรวจหาพยาธิสภาพของโรค ภาวะบกพร่อง และภาวะพิการ ซึ่งมีความหลากหลาย และยุ่งยากในการตรวจหา (นิสากร กรุงไกรเพชร, 2540) ภาวะทุพพลภาพ (Disability) เป็นการวัดจากการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันโดยทั่วไป (Activity of daily living :ADL) และการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมการดำเนินชีวิต (Instrumental Activity of daily living :IADL)

2.1 ความหมายภาวะทุพพลภาพ ภาวะทุพพลภาพ ได้เคยถูกนิยามและดำเนินการใน

รูปแบบและขอบเขตที่หลากหลาย ได้แก่

นิสากร กรุงไกรเพชร (2540) ให้ความหมายว่า ภาวะทุพพลภาพ หมายถึง ความจำกัดหรือสูญเสียความสามารถ ในการประกอบกิจต่างๆ ที่ควรจะทำได้เป็นปกติ โดยเป็นผลมาจากภาวะบกพร่อง

ภัทรภรณ์ วิริยวงศ์ (2551) ให้ความหมาย ภาวะทุพพลภาพ หมายถึง ความจำกัดหรือสูญเสียความสามารถ ในการประกอบกิจต่างๆ ที่ควรจะทำได้เป็นปกติ

Nagi (1991) ให้ความหมายภาวะทุพพลภาพ (Disability) ว่า เป็นการสูญเสียหรือมีข้อจำกัด ในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับสังคม การอยู่ร่วมกัน การไปมาหาสู่ซึ่งกันและกัน (socially) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เป็นบทบาทหน้าที่ที่ต้องกระทำด้วยตนเองในสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม และข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่โดยทั่วไป และบุคคลที่สุขภาพปกติ โดยทั่วไปสามารถกระทำได้ ซึ่งหมายถึงกิจกรรมประจำวัน(Activity of daily living) เช่น การแต่งตัว การไปจ่ายตลาด การขับรถ การแสดงบทบาทตามความคาดหวังในครอบครัว การเรียกร้องสิทธิ์ต่างๆ รวมถึงบทบาททางสังคมอื่นๆ

Verbrugge and Jette (1994) ให้ความหมาย ภาวะทุพพลภาพว่า เป็นความพยายามที่ยากลำบากในการดำเนินกิจวัตรประจำวันที่ทำให้สำเร็จอันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพกายหรือจิต ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แท้จริง ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของปัจจัยแวดล้อม ในการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็น เช่น การดูแลตนเอง หรือรูปแบบการเลือกใช้ชีวิต เช่น กิจกรรมสันทนาการ

Verbrugge (1997) ให้ความหมาย ภาวะทุพพลภาพ หมายถึง ผลกระทบจากปัญหาสุขภาพ ในการทำหน้าที่ทางสังคมที่เป็นความสามารถในการแสดงบทบาท และการทำกิจกรรมทางสังคม ในคำว่าสังคมหมายถึง ความจำเป็นทั้งหมดของบุคคลในการทำกิจกรรมส่วนตัว เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การตัดสินใจต่างๆ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิต (IADL)

Jett et al. (2004) ให้ความหมายว่า ความสามารถของบุคคลในการทำงานเลี้ยงชีพภายใต้ข้อกำหนดหรือบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้นๆ ในความถี่ของความสามารถทำงานเลี้ยงชีพและข้อจำกัดต่างๆที่ทำให้ไม่สามารถทำงานได้

สรุปภาวะทุพพลภาพ (Disability) หมายถึง ความจำกัด หรือ สูญเสียของความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องการแสดงบทบาทส่วนบุคคล และบทบาททางสังคมที่เป็นการปฏิบัติกิจกรรมโดยทั่วไป

2.2 กระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพ

แนวคิดภาวะทุพพลภาพของ Nagi, (1991) ได้อธิบายถึง กระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพ (disablement process) เริ่มจากพยาธิวิทยา ผ่านไปสู่ความบกพร่อง การจำกัดการทำหน้าที่และภาวะทุพพลภาพ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

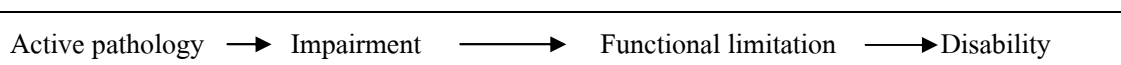
พยาธิวิทยา (Active Pathology) หมายถึงความผิดปกติของทางสรีรวิทยาและชีววิทยาที่ถูกละเลยในทางการแพทย์ว่าเป็น โรคหรือความเจ็บป่วย, การบาดเจ็บและความผิดปกติที่มีมาแต่กำเนิดหรือพัฒนาขึ้นมาภายหลัง

ความบกพร่อง (Impairment) หมายถึง ความผิดปกติทางโครงสร้างและการทำหน้าที่ในระบบเฉพาะทางร่างกาย

การจำกัดการทำหน้าที่ (Functional limitations) คือการยับยั้งในการทำงานพื้นฐานทางกายภาพและจิตในชีวิตประจำวันให้ประสบผลสำเร็จ, เช่น จำกัดการเคลื่อนไหวหรือความทรงจำ

ภาวะทุพพลภาพ (Disability) เป็นการสูญเสียหรือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและตนเอง

กระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพสามารถ อธิบายเป็นแผนภาพได้ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพ

จากการศึกษาความชุกของภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคกลางพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพถึงร้อยละ 26.4 (นิสากร กรุงไกรเพชร, 2540) ในสถานสงเคราะห์จังหวัดเชียงใหม่พบว่าผู้สูงอายุ มีภาวะทุพพลภาพด้านการทำกิจวัตรประจำวันถึงร้อยละ 27 (ชัยลักษณ์ หอบันลือกิจ, 2536) การศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2540) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพถึง 2.6 เท่าของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี

2.3 ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ภาวะทุพพลภาพ (Disability) เป็นผลกระทบหนึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Steffens, Hays and Krishnan, 1999; Kiosses, Klimstra, Murphy and Alexopoulos, 2001; Karp et al., 2009) การศึกษาของ Karp et al. (2009) พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในคลินิกจิตเวชของอเมริกาแห่งหนึ่งจำนวน 244 มีภาวะทุพพลภาพในด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคลและบทบาททางสังคม ร้อยละ 46.6 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kiosses et al. (2001)

ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำนวน 126 ราย พบว่าผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การซื้อของ การติดต่อด้านการเงิน อยู่ในระดับสูง เฉลี่ย 24.81 (14-27 คะแนน) ซึ่งภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุส่งผลทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ผู้ป่วยขาดความอิสระและต้องเปลี่ยนบทบาทไปสู่สถานะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ภัทรารักษ์ วิริยวงศ์, 2551) รวมถึงสูญเสียการแสดงบทบาททางสังคมในเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค (Karp et al., 2009)

2.4 การประเมินภาวะทุพพลภาพ

การประเมินภาวะทุพพลภาพ องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของการประเมินภาวะทุพพลภาพ คือ การวัดสมรรถภาพที่ต่ำกว่าปกติ ซึ่งการกำหนดเกณฑ์ ของภาวะทุพพลภาพ มีความยากลำบาก ดังนั้น วิธีการวัดที่นิยมใช้ในผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโดยทั่วไป คือ การวัดว่าสามารถทำหรือได้ทำกิจกรรมที่กำหนดหรือไม่ โดยกิจกรรมที่เลือกใช้ จะเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติโดยทั่วไป และบุคคลที่สุขภาพปกติโดยทั่วไปสามารถกระทำได้ กิจกรรมที่ถูกเลือกมาใช้ในการวัดภาวะทุพพลภาพ (Functional disability) จึงเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน (Activity of daily living) โดยแบ่งออกเป็น “ กิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน” (Basal activity of daily living) เป็นเรื่องของ Personal care ได้แก่ การรับประทานอาหาร ความสามารถในการใส่เสื้อผ้า ความสามารถในการใช้ห้องสุขา/อาบน้ำ เป็นต้น อีกระดับหนึ่ง คือ “กิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำรงชีวิต” (Instrumental activity of daily living) เป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ซับซ้อน ได้แก่ ความสามารถในการทำความสะอาดบ้าน การไปจ่ายตลาด การรับประทานยา หรือความสามารถในการประกอบอาหาร (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2552) ซึ่งการวัดภาวะทุพพลภาพ โดยใช้กิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน นอกจากจะมีประโยชน์ในการวัดภาวะทุพพลภาพแล้ว การประเมินจากการทำกิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ยังเป็นดัชนีที่บ่งบอกที่ดีที่สุดไวที่สุด และยังมีประโยชน์ในการวัดภาวะพึ่งพาของผู้ทุพพลภาพ แสดงถึงความต้องการที่อาจมีอยู่ ความจำเป็นของการช่วยเหลือ และเพื่อการพิจารณาชนิดหรือแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม

เครื่องมือประเมินภาวะทุพพลภาพ

การประเมินภาวะทุพพลภาพมีเครื่องมือในการประเมินที่หลากหลาย ซึ่งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมกับการประเมิน เครื่องมือในการประเมินภาวะทุพพลภาพ ได้แก่

2.4.1 Disability rating scale เป็นแบบมาตรประเมินค่า เรียงลำดับ (Ordinal rating scale) เป็นเครื่องมือประเมินผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชุมชน มี 11 คำถาม ในประเด็นต่อไป Mobility, Continence, Domestic care, Self – care, Psychiatric disability การนำไปใช้เพื่อประกอบการวินิจฉัยและการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ (สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์, 2543)

2.4.2 The Barthel index สร้างขึ้นโดย Florence and Barthel (1979) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ที่ได้รับการทดสอบคือผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลของแพทย์ ลักษณะของเครื่องมือเป็นมาตราประเมินค่าแบบเรียงลำดับ (Ordinal rating scale) แบบ 4 มาตรา 10 ข้อคำถาม คะแนนรวมทั้งฉบับ มีค่าระหว่าง 0 – 100 โดยวัดพฤติกรรมการปฏิบัติใน 10 กิจกรรมได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนตัวจากรถนั่งไป- กลับเตียงนอน การทำความสะอาดร่างกาย การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำด้วยตนเอง การเดินบนพื้นราบ การขึ้นลงบันได การแต่งตัว การถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะ เครื่องมือนี้เหมาะในการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเพื่อคาดคะเนหรือทำนายศักยภาพในการคืนสู่สภาพเดิมของร่างกาย และช่วยในการวางแผนการดูแล

2.4.3 Instrumental activities of daily living scale (IADL) สร้างขึ้นโดย Lawton and Brody (1969) เป็นแบบประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน ใช้ได้ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ลักษณะของเครื่องมือ เป็นแบบมาตราวัดประเมินค่าเรียงลำดับ (Ordinal rating scale) จำนวน 14 ข้อ กิจกรรมที่วัดได้แก่ ความสามารถในการใช้โทรศัพท์ การจ่ายตลาด การเตรียมอาหาร ทำงานบ้าน การทำความสะอาด การดูแลเรื่องการรักษา ความสามารถในการจัดการกับการเงิน การใช้ห้องน้ำ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว เครื่องมือนี้เหมาะสำหรับประเมินและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.4.4 The index of independence in activities of daily living (Index of ADL) สร้างขึ้นโดย Katz (1970) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเองและการพึ่งพาคือคนอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลักษณะของเครื่องมือเป็นมาตราประเมินค่าแบบเรียงลำดับ (Ordinal rating scale) แบบ 3 มาตรา มีทั้งหมด 6 ข้อ ดังนี้คือ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ - ห้องส้วม การเคลื่อนย้ายตนเอง การถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ การรับประทานอาหาร คะแนนรวมทั้งฉบับ 0 - 6 คะแนน เครื่องมือนี้ใช้ได้ทั้งเด็ก ผู้ใหญ่ที่มีโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของแพทย์ การนำไปใช้ เพื่อการประเมินและให้ความช่วยเหลือในการดูแล

2.4.5 The Physical Self maintenance Scale สร้างขึ้นโดย Lawton and Brody cited in Leidy (1994) เพื่อประเมินความสามารถต่างๆของผู้สูงอายุ ทั้งอาศัยอยู่ที่บ้านและสถานรักษาพยาบาล ซึ่งมีแนวคิดคล้ายกับเครื่องมือของ Katz (1970) คือประกอบด้วยกิจกรรม 6 ข้อ และเพิ่มบางกิจกรรมได้แก่ การจ่ายตลาดและการเดินทาง

2.4.6 Chula Activity of Daily Living index ซึ่งสุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล (2537) เป็นผู้พัฒนาจาก Barthel Activity of Daily Living ของ Barthel and Hamony, (1965) เป็นการประเมิน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5 กิจกรรมคือ การเดินหรือการเคลื่อนที่นอกบ้าน การปรุงอาหาร หรือการเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน หรือการซักผ้า การทอนเงิน หรือแลกเงิน การเดินทางโดยรถขนส่งสาธารณะ เช่น รถสองแถว รถเมล์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินและให้คะแนนที่แตกต่างกันในแต่ละกิจกรรม ตั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ถึงสามารถปฏิบัติได้

2.4.7 Late- Life Function and Disability Instrument เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดย Jette, Haley and Kooyoomjian (2004) ซึ่งเป็นนักกายภาพบำบัดในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัย Boston เครื่องมือในการประเมินภาวะทุพพลภาพสำหรับผู้สูงอายุเมื่ออยู่ที่บ้าน และในชุมชน โดยประเมินผลลัพธ์และตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของผลลัพธ์ 2 ประการ คือ การทำหน้าที่ (Function) และภาวะทุพพลภาพ (Disability) เป็นการประเมินภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุในด้านบทบาทส่วนบุคคลและบทบาททางสังคม ตามแนวคิดของ Nagi (1991) มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 80 คะแนน ในข้อคำถามของเครื่องมือนี้เป็นการรวมกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (Basal activity of daily living) และกิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำรงชีวิต (Instrumental activity of daily living) เป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ซับซ้อน ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบคือ

1) การแสดงบทบาทส่วนบุคคล (Personal role) ได้แก่ ดูแลคนในครอบครัวดูแลเรื่องการเงิน รายรับ- รายจ่ายภายในครอบครัว การดูแลสุขภาพตนเอง ให้เวลาบางส่วนในการเข้าโปรแกรมดูแลสุขภาพ ดูแลตนเองตามความต้องการของตนเองได้หมายรวมถึงการอาบน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย และการเข้าห้องน้ำ การจ่ายตลาดเพื่อซื้ออาหาร การเตรียมทำอาหาร และการทำความสะอาด เป็นต้น

2) การแสดงบทบาททางสังคม (Social role) ได้แก่ การเขียนจดหมาย โทรศัพท์ ส่งอีเมลล์ การเยี่ยมเยียนเพื่อนและครอบครัว การไปส่ง และเป็นธุระให้คนในครอบครัว อาสาสมัครทำงานนอกบ้าน การเล่นกอล์ฟ การเล่นเทนนิส การวิ่งจ็อกกิ้งหรือการว่ายน้ำ ที่เขื่อนอกเมือง เชิญแขกมารับประทานอาหารที่บ้าน ไปรับประทานอาหาร ดูหนังกับคนอื่นนอกบ้านได้ ให้เวลาส่วนหนึ่งในการทำกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น

การแปลผลของเครื่องมือนี้ จะเป็นการแปลผลของเครื่องมือทั้งหมด 16 ข้อ หรือแบ่งเป็นรายด้านโดยคิดคะแนนเป็น ร้อยละ ผู้สูงอายุที่มีคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 50 ของเครื่องมือทั้งหมด หรือรายด้าน หมายถึงมีภาวะทุพพลภาพไม่ดี และนอกจากนั้นยังสามารถแบ่งระดับความสามารถได้เป็นช่วงได้ด้วยว่าคะแนนที่ได้นั้นผู้สูงอายุจะสามารถทำกิจกรรมได้แค่ไหน เช่น ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนร้อยละ 25 การแปลผลจะหมายถึงผู้สูงอายุท่านนั้นจะสามารถทำกิจกรรมได้

เฉพาะการดูแลตนเองตามความต้องการเท่านั้น แต่ไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ต้องมีช่วยเหลือ ซึ่งเครื่องมือนี้จะประโยชน์อย่างมากในการวัดเพื่อจะสามารถจัดกิจกรรมหรือวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้ แบบประเมินนี้ได้ถูกนำมาประเมินในผู้สูงอายุที่มีโรคต่างๆ เช่น Cardiopulmonary โดย LaPier and Mizner (2009) โดยทำการศึกษาเพื่อประเมินการใช้เครื่องมือนี้ ในการประเมินข้อจำกัดในการทำหน้าที่ และวัดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็น Cardiopulmonary ผลการศึกษาพบว่าเครื่องมือนี้สามารถประเมินระดับภาวะทุพพลภาพได้ดี นอกจากนี้มีผู้นำเครื่องมือนี้เปรียบเทียบภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและผู้สูงอายุที่ไม่ป่วย และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ โดย Karp et al. (2009) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะมีภาวะทุพพลภาพมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .05$)

ในการวิจัยนี้ใช้แบบประเมิน Late – Life Function and disability Instrument ในการประเมินภาวะทุพพลภาพผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมการประเมินตามแนวคิดที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ใน 2 ประเด็นคือบทบาทส่วนบุคคลและบทบาททางสังคม และเป็นแบบประเมินที่มีความทันสมัยเหมาะสมในการประเมินผู้สูงอายุและสามารถนำมาวางแผนในการดูแลต่อเนื่องได้

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทุพพลภาพกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ภาวะทุพพลภาพเป็นเกณฑ์ข้อหนึ่งในการวินิจฉัยการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Karp et al., 2009) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะทุพพลภาพมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kennedy, 1989; 1991) การศึกษาของซัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ซึ่งความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันเป็นเครื่องมือหนึ่งในการวัดภาวะทุพพลภาพ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gurland (1988); Bruce (2001) ที่รายงานว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้นกว่าผู้ที่ไม่ได้มีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

3.1 เพศ (Gender) หมายถึง สถานภาพซึ่งบ่งชี้ถึงความเป็นหญิงหรือชายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ประเมินจากผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลไว้ในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เพศเป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบความแตกต่างทางสตรีวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพและบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม มีผลให้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) ดังเช่นในการศึกษาพบว่าเพศหญิงเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะทุพพลภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่าเพศชาย (Kiosses et al., 2001) เนื่องจากผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าชาย 2-3 เท่า (Busch-mann et al., 1998) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี หลินสุวนันท์ (2543) ที่พบว่าระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับเพศหญิง และเพศหญิงเป็นเพศที่มีความอ่อนแอทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมากกว่าเพศชายจึงมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพได้มากกว่า (Kiosses et al., 2001) Lyness et al. (1993) อธิบายว่าสังคมวัฒนธรรมมีผลต่อเพศในการเกิดภาวะทุพพลภาพที่ต่างกัน ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

3.2 อายุ (Age) หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และแบ่งอายุเป็น 3 ช่วงคือ คือ วัยสูงอายุตอนต้น (elderly) คือบุคคลที่มีอายุ 60-74 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (old) คือ บุคคลที่มีอายุ 75-90 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย (very old) คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 90 ปี ขึ้นไป (WHO, 1988)

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยลง ความแข็งแรงของร่างกายลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุลดลง (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2549) ประกอบกับการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล, 2542) จากการศึกษาของ Kiosses et al., (2001) พบว่าอายุของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในการทำกิจวัตรประจำวันและการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และในการศึกษาของ Alexopoulos et al. (1996) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะทุพพลภาพทั้งในแบบวัด self maintenance , ADL, Interview rated measure of disability อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังพบว่า อายุเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Steffens et al., 1999) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าอายุเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

3.3 การเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic Illness) หมายถึง การมีโรคที่เป็นอย่างต่อเนื่องทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำได้ (Markides et al., 1996; Luft & Koch, 1996) U.S. National Center for Health Statistic ให้ความหมายโรคเรื้อรังว่า การที่บุคคลมีโรคประจำตัวที่เป็นมาต่อเนื่อง

ติดต่อกันตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป (Webster' new world medical dictionary, 2003)

การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ (Miller, 1995) และเป็นภาวะปกติที่จะพบภาวะทุพพลภาพจากโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ (Kriegsman, Deeg & Stalman; pope et al., 2001) ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จะมีโรคประจำตัว 2-3 โรค (Amnatsatsue, 2002; Jittapunkul, 2001) ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจะมีอุปสรรคต่อการทำกิจวัตรประจำวัน โรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อภาวะทุพพลภาพมากที่สุดคือ โรคเข้าเสื่อม โรคมะเร็ง (Kriegsman, Deeg and Stalman; pope et al., 2001) รองลงมาคือ หลอดเลือดสมอง (stroke) (Kriegsman, Deeg and Stalman; pope et al., 2001) สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง เข้าเสื่อม ความดันโลหิตสูง หัวใจ เบาหวาน และ มะเร็ง (Jittapunkul, 2001) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ก็พบว่าเป็นโรคเรื้อรังได้ไม่แตกต่างกัน การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Karp,2009; Kiosses,2001; Alexopoulos et al.,1996; Steffens et al.,1999) ซึ่ง Nagi, (1991) ได้กล่าวไว้ว่า การมีพยาธิสภาพทางกายไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง การบาดเจ็บจากสาเหตุต่างๆ เช่น อุบัติเหตุ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางร่างกายและเกิดภาวะทุพพลภาพในการทำกิจกรรม การศึกษาความชุกของการเจ็บป่วยทางกายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1999 จำนวน 30,801 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโรคร่วมทางกายมากที่สุดคือ ไตวาย 17.0 % รองลงมาคือ ถุงลมโป่งพอง 15.4% และโรคอื่น ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดอุดตัน (CAD) โรคหัวใจ และหลอดเลือดแตก ตีบ ตัน เกือบปล้น (Egede, 2007)

ความสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Kiosses,2001; Alexopoulos et al.,1996; Steffens et al.,1999) การศึกษาของ Alexopoulos et al.(1996) รายงานว่า คะแนนการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับ ภาวะทุพพลภาพในการทำกิจกรรมด้วยตนเองและกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .32, p < .01$) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Karp et al., (2009) ที่รายงานว่า การเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ดังนั้นตัวแปรนี้จึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่ยังบอกสัมพันธ์ได้ไม่ชัดเจนจึงต้องมีการศึกษาเพื่อให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้น

3.4 ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เป็นการแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์ ซึ่งจากการ

ทบทวนวรรณกรรมพบความหมายของภาวะซึมเศร้า ดังนี้

Beck (1967) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ อ่างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา เชื่องช้า เป็นต้น มีอึดทนโน้ตศน์ในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง ต้องการที่จะหลีกเลี่ยง หรืออยากตาย มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น น้ำหนักลด นอนไม่หลับ สูญเสีย แรงขับทางเพศ เป็นต้น และการทำกิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนแปลง เช่น เชื่องช้า เก็บตัว กระวนกระวาย

Stuart (2001) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะการตอบสนองหรือการปรับตัวที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย การปรับตัวที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า และมีภาวะอารมณ์ที่มีลักษณะของความรู้สึกเศร้าหมอง Beck et al. (1979) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้ จะมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไป คือ การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (selective abstraction) การคิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) การขยายต่อเติม หรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) การคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking)

WHO (2004) ได้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าที่เป็นภาวะผิดปกติทางด้านจิตใจจะมีอาการแสดงคือ มีอารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข ขาดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ มีความรู้สึกผิด ความมีคุณค่าในตนเองลดลง ความอยากอาหารหรือการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป ไม่มีแรง และไม่มีความหวัง ซึ่งอาการดังกล่าวอาจจะเกิดเรื้อรังหรือหายแล้วเป็นซ้ำ (recurrent) ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่เป็นความรับผิดชอบของบุคคลนั้น

สวนีย์ เกียรติงแก้ว (2544) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกับการมีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีอยู่หลายระดับ เริ่มตั้งแต่มีความเหนื่อยหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง หมดอาลัยอยากตาย ต้องการจะหนีความลำบากทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีผู้ให้ความหมายที่คล้าย คลึงกัน ในแง่ของอาการ และอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า แตกต่างกันในแง่ของความรุนแรง ปัจจัยเหตุของภาวะซึมเศร้า และระยะเวลา ซึ่งสรุปโดยรวมได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความแปรปรวนทางอารมณ์ อันเกิดจากความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตามสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น (Beck, 1967; Beck et al., 1979) เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ และเป็นครั้งคราวไม่ถือว่าเป็น

ความผิดปกติทางคลินิก (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533) ส่วนใหญ่เกิดจากการสูญเสีย และมีความคิดอัตโนมัติในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง หมกหมัว มองโลกในแง่ร้าย เหล่านี้เป็นติดต่อกันเกือบทุกวัน นานติดต่อกันมากกว่า 2 สัปดาห์ และส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน กลายเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood Disorder หรือ Affective Disorder)

ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แบ่งออกได้เป็นระดับต่างๆดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

1. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส เศร้าเหงา หงอยชั่วคราว ซึ่งผู้สูงอายุทั่วไปรู้สึกได้เป็นบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจรูปลักษณ์ของตนเอง ความตั้งใจในการทำงานลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

2. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้นซึ่งจะมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ก็ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้

3. ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่นานและตลอดเวลาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด รู้สึกไร้ความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ ทำให้มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตัว แทบจะไม่มีวี่แววเคลื่อนไหว บางรายอาจนั่งนิ่งๆเฉยๆในท่าเดียวกันนานๆ หรืออาจผุดลุกผุดนั่ง การพูดจาเป็นไปอย่างซ้ำๆ เย็บซึม ผู้สูงอายุที่มีอารมณ์เศร้ายกระดับนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักจะแยกตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม พยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากอาจมีอาการหลงผิดและประสาทหลอน

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินอาการซึมเศร้าสามารถแบ่งตามลักษณะของผู้ประเมินได้ดังนี้

ประเภทที่ 1 แบบประเมินโดยแพทย์และพยาบาลที่ได้รับการอบรม

1. Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1960 โดยมีจุดประสงค์ในการใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามลำดับความรุนแรงของโรค เป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2544: 312) มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ต่อมามีการปรับปรุงแบบประเมินนี้ มีคำถามจำนวน 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่น ๆ 4 ข้อ (Hamilton, 1967, 1969, 1980) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยมานิช หล่อตระกูล และคณะ (2539) แบบประเมินนี้สร้างมาเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ แบบประเมินนี้ประกอบด้วย คำถาม 17 ข้อ โดยคงจำนวน

ข้อและการรวมคะแนนเช่นเดิม แต่ละข้อแบ่งระดับคะแนนความรุนแรงของอาการ ตั้งแต่ 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) ค่าคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0 - 52 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 0-7 คะแนน หมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า 8-12 คะแนนหมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 13 - 17 คะแนนหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 18 - 29 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับมาก และ 30 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ผลการศึกษาพบว่า HRSD ฉบับภาษาไทย มีค่า Standardized Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัด = .738 และค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด HRSD นี้กับ Global Assessment Scale เท่ากับ -.824 แบบประเมินนี้เหมาะสมในใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

2. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างขึ้นโดยมอนท์โกเมอรีและแอสเบอร์ก (Montgomery and Asberg, 1979) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้า ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในการรักษาและใช้เป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวชประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ค่าคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 7 คะแนน หมายถึง ปกติ 15 คะแนนหมายถึง ซึมเศร้าเล็กน้อย 25 คะแนนหมายถึงซึมเศร้าระดับปานกลาง 31 คะแนน หมายถึงซึมเศร้ารุนแรง และ 44 คะแนนขึ้นไป หมายถึงซึมเศร้ารุนแรงมาก แบบวัดมีค่า Internal consistency 0.95 (Galinowski and Lehert, 1995) แบบวัดได้รับการแปลและพัฒนาเป็นภาษาไทยโดยรณชัย คงสกนธ์ และคณะ ในปี พ.ศ. 2539 โดยคงจำนวนข้อและค่าคะแนนเช่นเดิม มีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.80 ถือได้ว่าเป็นแบบวัดที่มีความไวและความเที่ยงตรงสูงต่ออาการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของโรคซึมเศร้า (รณชัย คงสกนธ์และคณะ 2546: 215) มีข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบกับการสังเกตสภาพจิตใจจึงจะได้ผลที่สมบูรณ์ ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ประเภทที่สอง การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง

1. Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี พ.ศ.1961 และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มี

เนื้อหาครอบคลุมคำนิยาม ความซึมเศร้าของ Beck ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น เป็นแบบประเมินที่ใช้งานง่าย และประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหาร และวิจัยมาก ใช้ได้ทั่วไปในผู้ป่วย และในประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate-severe depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) (ถัดดา แสสนสีหา , 2536)

2. Zung Self-Rating Depression Scale [Zung SDS] สร้างขึ้นโดย Zung (1982) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาท ควบคุมคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1-4 คะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0 - 80 คะแนน ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ไม่สามารถแยกภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากภายในตนเอง และภาวะซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ได้ และขาดการประเมินด้านพฤติกรรม และสังคม (Ebersole and Hess อ้างใน ชัดเจน จันทรพัฒน์ , 2542)

3. แบบประเมินระดับความวิตกกังวลของภาวะซึมเศร้าในชุมชน (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) พัฒนาขึ้นโดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาแบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินอาการซึมเศร้าเกี่ยวกับความรู้สึก และพฤติกรรมเน้นการประเมินด้านการรู้คิด (Cognitive belief) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affect feelings) ด้านพฤติกรรม (Behavioral manifestation) และด้านอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Somatic disturbance) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนน ตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวม 0-60 คะแนน ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความซึมเศร้า ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น (Weissma et al., 1977)

4. Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS หรือแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสภาพสมองเครื่องมือนี้มีรากฐานจาก Yasavage et al., (1978) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกโดย อรวรรณ ลีทองอินทร์ (2545) การแปลผล 0 - 12 คะแนน หมายถึงปกติ 13 - 18 คะแนน หมายถึงมีความเศร้าเล็กน้อย 19 - 24 คะแนน หมายถึงมีความเศร้าปานกลาง 15-30 คะแนน หมายถึงมีความเศร้ารุนแรง เครื่องมือนี้ได้นำไปใช้กับกลุ่ม

ตัวอย่าง 275 ราย ทั่วประเทศพบว่ามีความคงที่ภายใน KR20 เท่ากับ 0.93 (นุสรานามเดช, 2539 อ้างในสุชีรา ภัทรายุตวรรรณ, 2543) แบบประเมินนี้เหมาะที่ใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคและภาวะซึมเศร้า

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) ฉบับภาษาไทยเนื่องจากเป็นแบบประเมินโดยแพทย์และพยาบาลที่ได้รับการอบรมและในการศึกษาวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรงและเครื่องมือนี้เหมาะกับการวัดในผู้ที่ได้รับวินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคซึมเศร้า

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ากับภาวะคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์และสามารถทำนาย ภาวะคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Karp, 2009; Kiosses, 2001; Alexopoulos, Vronie, Kakuma et al., 1996; Steffens, Hays and Krishnan; 1999) การศึกษาของ Karp et al. (2009) ศึกษาพบว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าซึ่งวัดด้วยแบบประเมิน HRSD มีความสัมพันธ์กับภาวะคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

3.5. การสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ โดยมีการศึกษาของการสนับสนุนทางสังคมต่อมนุษย์ไว้หลายประเด็น ประเด็นที่สำคัญ และได้รับความสนใจอย่างมาก คือผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์ โดยผลการศึกษาต่างๆ ให้การยอมรับร่วมกันว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของมนุษย์ ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอช่วยลดความเครียด ช่วยให้การปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของบุคคลด้วย จากแนวความคิดดังกล่าว ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ไว้หลากหลายดังนี้

Cobb (1976, p. 300-301) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลว่ามีคนรัก เอาใจใส่ รู้สึกภาคภูมิใจ และยอมรับว่าบุคคลนั้นเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

House (1981 อ้างใน มณีกานต์ สุภาเส, 2551) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ซึ่งแสดงออกถึงการยอมรับนับถือ เห็นคุณค่า โดยให้การ

ช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ สิ่งของ เงินทอง คำแนะนำ การดูแล และการให้ข้อมูลเพื่อการประเมินตนเอง

Schaefer, Coyne and Lazarus (1981 อ้างใน จวีวรรณ แก้วพรหม, 2530) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความรู้สึกผูกพันที่เกิดจากความเกี่ยวข้องทางสังคม ซึ่งช่วยเผชิญความเครียดในชีวิต

Brant and Weinert (1985 อ้างใน ภัทรภร วิริยวงศ์, 2551) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว และสังคม โดยมีการสนับสนุนในด้านต่างๆ รวมทั้งการให้คำแนะนำ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีคุณค่าในตนเอง การได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา และการได้รับการช่วยเหลือ การสนับสนุนทางสังคมเป็นความรักใคร่ ผูกพัน ระหว่างบุคคลต่อบุคคลซึ่งช่วยเหลือประคับประคอง และส่งผลให้มีความสามารถในการปรับตัวมากขึ้น

รุจิรงค์ แอกทอง (2549) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มคนนั้นมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ซึ่งสิ่งทีบุคคลได้รับการช่วยเหลือ ได้แก่ ด้านอารมณ์และสังคม ทางด้านข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุประสงค์ของต่างๆ

มณีกานต์ สุภาเส (2551) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพสตรีเกี่ยวกับการให้ และรับความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ใน 5 มิติ ได้แก่ 1) ความรักใคร่ผูกพัน 2) การรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3) การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน เช่น การมีโอกาสดำเนินการอบรมเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น 4) การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง และ การช่วยเหลือทางด้านวัตถุประสงค์ของหรือบริการ

สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharumkul, 1988, p. 47) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิบัติของบุคคล เพื่อช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นการแนะนำหรือการให้ความรู้แก่บุคคลอื่น ตลอดจนการจัดการสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการของแต่ละบุคคล

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยให้นิยามของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนาเห็นคุณค่าในตนเอง และได้รับความช่วยเหลือแนะนำ

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

ชนิดการสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญเชื่อมโยงไปสู่ภาวะทางร่างกายและจิตใจของบุคคล จึงมีผู้สนใจจำนวนมากและหลากหลายดังนี้

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่ทำให้รับรู้ว่าจะได้รับความรัก เอาใจใส่ ขอมรับ และไว้วางใจ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ใกล้ชิดผูกพันกัน

2) การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า (Esteem Support) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าจะตนเองได้รับการยอมรับ มีผู้อื่นมองเห็นคุณค่า และรู้สึกมั่นใจในตนเอง

3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Support or Network Support) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าจะตนเองเป็นสมาชิก หรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม

House (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมตามลักษณะความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพการงาน ได้แก่ หัวหน้า ลูกน้อง เพื่อนร่วมงาน และความสัมพันธ์ไม่เป็นทางการ มีความสัมพันธ์โดยไม่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพการงาน ได้แก่ พ่อแม่ คู่สมรส และเพื่อน และแบ่งการสนับสนุนทางสังคมในการได้รับความช่วยเหลือออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงความห่วงใย รับฟัง และไว้วางใจ

2) การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ในการประเมินตนเองในการรับรองทำให้เกิดความมั่นใจ และนำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้ร่วมในสังคม ตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ

3) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง เพื่อแก้ไขปัญหาได้

4) การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrument support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่อง สิ่งของ เงินทอง และแรงงาน

Brandt and Weinert (1981, p. 13) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 5 มิติ ตามแนวคิดของ Weiss (1974) คือ

1) ด้านความผูกพันใกล้ชิด (Attachment) ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์โดยรวม คือทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย และอบอุ่นช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์เช่นนี้จะพบในกลุ่มสมรส เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน

2) ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม (Social Integration) การมีส่วนร่วมในสังคมทำให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมายมีความเป็นเจ้าของ และได้รับการยอมรับว่าตนมีคุณค่าต่อกลุ่ม

3) ด้านได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา (Opportunity for Nurturance) ทำให้บุคคลได้รับการพัฒนาทั้งด้านความคิดและการตัดสินใจ

4) ด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Self - Worth) เป็นการได้รับการยอมรับในสถาบัน ครอบครัว หรือเพื่อน เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม บทบาทนั้นอาจเป็น บทบาทในครอบครัวหรือในอาชีพ ถ้าคนเราไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้ความเชื่อมั่น หรือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

5) ด้านการได้รับความช่วยเหลือ (Assistance and Guidance) ซึ่งเป็นการได้รับความช่วยเหลือด้านคำแนะนำชี้แนะหรือได้รับกำลังใจเพื่อสามารถนำไปใช้ในการแก้ไข

ในการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้านตามการแบ่ง ของ Brandt and Weinert (1985) คือ ด้านความใกล้ชิดสนิทสนม ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา ด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และด้านการได้รับความช่วยเหลือและแนะนำ

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประเมินการสนับสนุนทางสังคม ใน 2 ด้าน (Cohen, Underwood and Gottlieb, 2000; Cohen and Wills, 1985; Weinert, 1987; Wortman, 1984 อ้างใน มณีกานต์ สุภาสุ, 2551)

1) การวัดโครงสร้างการสนับสนุนทางสังคม (Structure aspects of social support) เป็นการวัดข้อมูลเชิงปริมาณ ของแหล่งเครือข่ายทางสังคมที่มีการเชื่อมโยงกับบุคคล ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเชิงโครงสร้างนี้ เช่นสถานภาพการสมรส ความถี่ในการติดต่อกับบุคคลที่สำคัญ จำนวนของผู้ที่ไว้ใจได้และจำนวนครั้งที่มีส่วนร่วมในชุมชน

2) การวัดหน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคม (Functional aspects of social support) ซึ่งให้ความสนใจต่อคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับเครือข่ายทางสังคม เป็นการวัดการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการสนับสนุนทางสังคมว่ามีความพอเพียงและเหมาะสมเพียงใด

ซึ่งการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ พบว่ามีผู้พัฒนาเครื่องมือไว้หลากหลายแบบโดยแบบวัดที่มีผู้นิยมนำไปใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb (1976) ซึ่งสร้างโดยแคปแพลน (Kaplan) ลักษณะเครื่องมือจะเป็นเรื่องสั้น 16 ชุดแต่ละชุดมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ นำคะแนนที่ได้จากคำตอบ 16 ชุด มารวมกันเป็นคะแนนรวมซึ่งหมายถึงปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละคนได้รับ เครื่องมือชุดนี้ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมโยทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใดและวัดได้เฉพาะปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้นไม่สามารถวัดเครือข่ายทางสังคม (Turner, 1981)

2. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของคาห์น (Kahn) ที่เรียกว่า Norbeck social support questionnaire part two NSSQ 2) ซึ่งสร้างโดย Norbeck, Linsey and Carrieri (1981 อ้างใน มณีกันต์ สุภาเส, 2551) คำถามจะเกี่ยวกับความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด การยืนยันรับรองและเห็นพ้องต่อพฤติกรรมของกันและกันและการให้ความช่วยเหลือ ลักษณะคำถามจะแบ่งเป็นมาตราส่วนให้ค่า 5 ระดับ วัดได้ทั้งชนิดและปริมาณการสนับสนุนทางสังคม

3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของบุญพา ณ นคร (2538) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อประเมินความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆที่มีความหมายทางบวก ทั้งหมด 25 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ และผ่านการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .88

4. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Cobb (1976) และ Jacobson (1986) ประกอบด้วยคำถาม 38 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ 10 ข้อ ด้านการยอมรับยกย่องและมีผู้เห็นคุณค่า 8 ข้อ ด้านการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 8 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ ด้านวัตถุประสงค์ 7 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับได้แก่ 1. เป็นความเป็นจริงมากที่สุด 2. เป็นความจริงเป็นส่วนมาก 3. เป็นความจริงเล็กน้อย 4. ไม่เป็นความจริงเลย เครื่องมือนี้สร้างขึ้นเพื่อวัดในผู้สูงอายุ เครื่องมือได้ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ .93

5. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Weiss (1974) ที่เรียกว่า The personal resource questionnaire : PRQ85 Part II ซึ่งสร้างโดย Brandt and Weinert (1981) ซึ่งแบบวัดนี้มีการวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคล 2 ส่วน คือ โครงสร้างและหน้าที่ โดยส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 2 เป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการให้และการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมใน 5 องค์ประกอบ คือ ความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การส่งเสริมให้มีการพัฒนา การได้รับการยอมรับในคุณค่าแห่งตน และการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำที่เหมาะสม คำถามในส่วนนี้มีลักษณะเป็นมาตราส่วนให้ค่า 7 ระดับ จำนวน 25 ข้อ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 25 – 175 ค่าคะแนนรวมมากแสดงว่ามีการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมดี เครื่องมือได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางการแพทย์ ความตรงตามสภาพ (concurrent validity) ด้วยการเปรียบเทียบกับ Beck Depression Inventory (BDI) และ Self

evaluation Questionnaire (Trait anxiety Scale) ในกลุ่มผู้ใหญ่จำนวน 181 คน ซึ่งผลการศึกษาพบว่าแบบวัด PRQ85 มีความสัมพันธ์ทางลบกับ BDI และ Trait anxiety Scale โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ $r = -.33(p<.01)$ และ $r = -.33(p<.01)$ (Weinert,1987) เครื่องมือได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นัศรวลัย ใจอารีย์ (2533) และทดสอบความเชื่อมั่นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดคั่ง 20 รายและ 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น .84 และ .92 ตามลำดับ ชมนาต วรรณพรศิริ (2535) ได้นำเครื่องมือต้นฉบับแปลและทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี Test-retest ในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ จำนวน 100 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น .93 และนำไปทดสอบกับพยาบาล จำนวน 20 คน และวัดด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 (ชมนาต วรรณพรศิริ, 2535) และมีผู้ที่นำเครื่องมือนี้ไปใช้อย่างกว้างขวาง เช่น ประไพ ทายุทธ (2545) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดสุรา ได้ค่าความเชื่อมั่น .86 มณีกานต์ สุภาส (2551) นำเครื่องมือที่ได้รับการแปลจาก นัศรวลัย ใจอารีย์ (2533) ไปศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 อำนวยพร อาษานอก (2549) นำเครื่องมือนี้ไปศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .67 รัชฎาพร ธรรมน้อย (2548) นำเครื่องมือไปศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 (The personal resource questionnaire : PRQ85 Part II) ของ Brandt and Weinert (1981) ฉบับที่ได้รับการแปลจากชมนาต วรรณพรศิริ (2538) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่นิยมใช้ในการวัดหน้าที่การสนับสนุนทางสังคม และเป็นแบบวัดที่มีค่าความเชื่อมั่นสูง ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษารุ่นนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะคุณภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

โดยปกติทั่วไปบุคคลมักคาดหวังว่าเมื่อตนเองเจ็บป่วยหรือมีความทุกข์จะมีคนคอยดูแลและช่วยเหลือโดยเฉพาะอย่างยิ่ง สมาชิกในครอบครัว ที่มีสุขภาพ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ การศึกษาเรื่องภาวะคุณภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำนวน 211 ราย ในสหรัฐอเมริกา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านการเห็นคุณค่าและการได้รับการแนะนำช่วยเหลือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะคุณภาพของ Steffens et al. (1999) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Forsell, Jorm and Winblad (1994) ศึกษาปัจจัยระหว่างอายุ เพศ ความบกพร่องในการรู้คิด และภาวะทุพพลภาพกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยทำการศึกษาที่ประเทศฝรั่งเศส ในผู้ป่วยที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปจำนวน 1,304 ราย การวินิจฉัย MDD และ Dysthymia จาก DSM-III-R เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ MMSE ในการประเมินความบกพร่องในการรู้คิด ภาวะทุพพลภาพ (Disability) ใช้เครื่องมือของ Katz index วัดความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า 5.9 % วินิจฉัยเป็น MDD และ 8.3% เป็น Dysthymia จากประชากรทั้งหมด และพบว่าผู้ป่วยอายุยิ่งมากยิ่งเป็นโรคซึมเศร้าได้มาก ในด้านเพศพบว่าเพศหญิงเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชายถึง 3 เท่า และพบว่า อายุ เพศ ความบกพร่องในการรู้คิดและภาวะทุพพลภาพในการทำกิจวัตรประจำวันมีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

Alexopoulos, Vrontou, Kakuma et al. (1996) ศึกษาภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 75 รายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีคะแนนซึมเศร้ามากกว่า 17 คะแนน จากการประเมินด้วย HAMD- 24 item เกณฑ์ในการคัดออกได้แก่ มีอาการทางจิต คะแนน cognitive มากกว่า 15 คะแนน มีโรคประจำตัวรุนแรงหรือเฉียบพลัน มีภาวะสับสน มีภาวะทุพพลภาพอย่างรุนแรงจากการประเมิน Philadelphia Multilevel Assessment Instrument และไม่สามารถสื่อสารได้ ในแผนกจิตเวชที่นิวยอร์ก แบบประเมินภาวะทุพพลภาพในการศึกษานี้ คือ Philadelphia Multilevel Assessment Instrument ผลพบว่า ภาวะทุพพลภาพมีความสัมพันธ์กับ อายุ ($r = 0.22, p < .05$) อายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ($r = 0.33, p < .01$) ภาระทางการแพทย์ (Medical burden) ($r = 0.29, p < .01$) และความบกพร่องในการรู้คิด ($r = 0., p < .01$) ความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับ อายุ ($r=0.49, p < .01$) ระดับภาวะซึมเศร้า ($r = 0.35, p < .01$) และการเจ็บป่วยทางกาย ($r = 0.31, p < .01$)

Steffens, Hays and Krishnan (1999) รายงานการศึกษาภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจำนวน 211 ราย เป็นผู้ป่วยใน 189 ราย ผู้ป่วยนอก 22 ราย ตัวแปรต้นคือภาวะทุพพลภาพซึ่งวัดด้วยเครื่องมือ DDES (Duke depression Evaluation Schedule) ซึ่งจะประเมิน การดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง (Self maintenance) และการดำรงชีวิตประจำวัน (instrument activity daily living (IADL)) ตัวแปรตามได้แก่ ระดับการรู้คิดประเมินด้วย MMSE ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าประเมินด้วยเครื่องมือ CES-D การสนับสนุนทางสังคมประเมินด้วยเครื่องมือ DDSI (Duke Social support Index) อายุ เพศ เวลาที่เริ่มป่วย ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง และกลุ่มอาการซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Self maintenance ได้แก่ อายุ ($r = 0.31 p < .01$) และการเคลื่อนไหว ($r = 0.30 p < .01$)

การเจ็บป่วยเรื้อรัง ($r = 0.13, p < .05$) ส่วน IADL มีความเกี่ยวข้องกับ อายุ ($r = 0.41, p < .01$) อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ($r = 0.15, p < .05$) ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ระดับความรุนแรงของโรคเรื้อรัง ($r = 0.39, p < .01$) การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ($r = 0.21, p < .01$) การเจ็บป่วยเรื้อรัง ($r = 0.17, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยศึกษาเป็นกลุ่มอาการซึ่งพบว่ากลุ่มอาการที่มีความสัมพันธ์กับ IADL คือ น้ำหนักตัวลดลง และไม่พบความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง และพบว่าปัจจัยที่ทำนาย ภาวะทุพพลภาพ คือ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

Kiosses, Klimstra, Murphy and Alexopoulos (2001) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียหน้าที่และภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 126 ราย พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพพลภาพได้แก่ อายุ ($r = 0.46, p < .01$) เพศ ($r = 0.349, p < .01$) การเจ็บป่วยทางกาย ($r = 0.349, p < .01$) ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ($r = 0.29, p < .01$)

Karp, Skidmor, Lotz, Lenze, Dew and Reynold (2009) ศึกษาการใช้แบบประเมิน Late – Life Function and Disability (เลือกประเมินเฉพาะ Component ด้าน Disability เท่านั้น ไม่ได้ใช้เครื่องมือทั้งฉบับ) ในการประเมินภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กัน โดยทำการศึกษาในกลุ่มประชากร 313 ราย ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปในชุมชนประเทศสหรัฐอเมริกาแบ่งเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า 244 ราย ไม่เป็นโรคซึมเศร้า 69 ราย ผู้วิจัยศึกษาเปรียบเทียบภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ที่ไม่ป่วยและติดตามผลภาวะทุพพลภาพในอีก 6 เดือน และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ ผลการศึกษาพบว่า ภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะทุพพลภาพได้แก่ ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ($r = -0.38$) การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ($r = 0.32$) และคุณภาพชีวิต ($r = 0.47$) และพบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

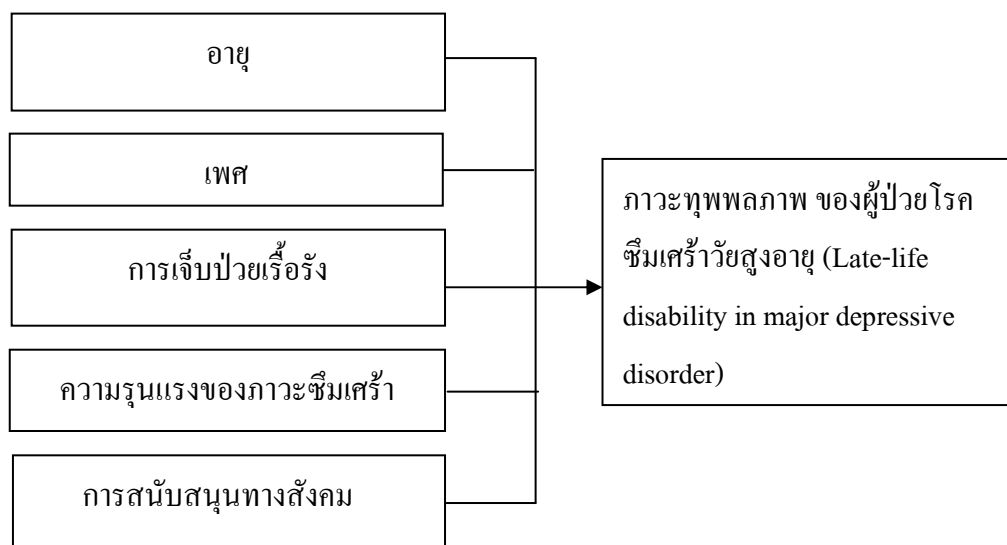
สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า วัยสูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อย่างเห็นได้ชัด ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเอง ก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้า ซึ่งเป็นภาวะเสี่ยงต่อการนำไปสู่โรคซึมเศร้า การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึก

แตกต่างจากคนอื่น ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆกับคนอื่นได้ ผลกระทบที่ตามมาคือเกิดการเกิดภาวะทุพพลภาพในด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคลและบทบาททางสังคม ปัจจัยสาเหตุในการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จากการทบทวนพบว่า มีทั้งปัจจัยสาเหตุจากโรคซึมเศร้า ภาวะทุพพลภาพ และความสูงอายุ ในการศึกษานี้ได้คัดสรรปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพตามแนวคิดของ Nagi (1991) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งพบว่า มีปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรสาเหตุของการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิดภาวะทุพพลภาพ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ อายุ เพศ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ความสัมพันธ์และร่วมพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าและมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 150 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ตามเกณฑ์ DSM-IV ไม่น้อยกว่า 1 ปี
2. สามารถพูด และฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูล
3. เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาสถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. มีอาการหูแว่วอย่างเห็นได้ชัดเจน โดยมีพฤติกรรมโต้ตอบกับเสียงหูแว่วที่ได้ยิน
2. มีความคิดสับสน ไม่สามารถอยู่นิ่งๆ ได้ หรือมีโรคร่วมทางระบบประสาท
3. มีอาการทางร่างกายรุนแรงที่ไม่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ หรือขัดต่อการตอบแบบสัมภาษณ์
4. ไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ได้จนครบทุกข้อ หรือขอลอนตัวออกจากการวิจัย
5. ไม่เป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆ

การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Power analysis โดยได้นำการศึกษาของ Karp et al. (2009) มาร่วมในการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง คือ กำหนดค่าความสัมพันธ์ (r) = 0.30 กำหนดค่าอำนาจทดสอบที่ 80 % Alpha (α) = 0.01 (โคเฮน, 1988 อ้างใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2551)

เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 80.27% และมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 19.73% ที่ระดับนัยสำคัญ $\alpha = .01$ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการคือ 125 ราย เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะได้จำนวนตัวอย่างเพียงพอ จำเป็นต้องเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างให้มากกว่า 125 ราย ผู้วิจัยจึงได้ปรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 20 (Lemeshow, Hosmer, Klar and Lwanga, 1990) ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดในการศึกษานี้คือ 150 ราย

ขั้นที่ 2 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 คัดเลือกโรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่ให้บริการสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา

2.2 แบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล เนื่องจากประชากรของแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เท่าเทียมกัน จากการสำรวจประชากรของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มา รับประทานสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา มีผู้รับบริการในปี พ.ศ. 2552 ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำแนกตามโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2552 ดังนี้

โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	ร้อยละ	กลุ่มตัวอย่าง
1. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	3,663	52	78
2. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	835	10	15
3. โรงพยาบาลศรีธัญญา	2,550	38	57
รวม	7,948	100	150

2.3 สุ่มเลือกวันในการเก็บข้อมูลใน ตั้งแต่ 7 เมษายน 2554 – 24 มิถุนายน 2554 รวมเป็นเวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์โดยเก็บข้อมูลที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และ โรงพยาบาลศรีธัญญา ตามลำดับ โดยการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) คือทำฉลากวันคู่และวันคี่ อย่างละ 2 ใบ แล้วจึงทำการจับเลือกแบบไม่ แทนที่ (Selection without Replacement) จากการจับฉลากได้วันที่เก็บข้อมูลดังนี้

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จับฉลากได้วันคี่ในการมาเก็บข้อมูล ได้แก่ วันที่ 7, 9, 11 และ 19 เมษายน 2554 ตั้งแต่เวลา 8.00 น. – 12.00 น.

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จับฉลากได้วันคี่ในการมาเก็บข้อมูล ได้แก่ วันที่ 21, 25, 27, 29 เมษายน วันที่ 3, 9, 11, 19, 23 พฤษภาคม 2554

โรงพยาบาลศรีธัญญา จับฉลากได้วันคู่ในการมาเก็บข้อมูล วันที่ 24, 26 พฤษภาคม 2554 วันที่ 2, 6, 8, 10, 14, 16, 20, 22, 24 มิถุนายน 2554 ตั้งแต่เวลา 8.00 น. – 16.00 น.

2.4 ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยใช้วิธีคัดเลือกผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วยสูงอายุในแต่ละวันที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลแต่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ 144 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96

ผลการสุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา อายุ อายุที่เริ่มป่วยโรคซึมเศร้า ระยะเวลาการเจ็บป่วย และโรคเรื้อรัง แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละสถานภาพส่วนบุคคลของประชากร จำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา อายุ อายุที่เริ่มป่วย ระยะเวลาป่วย การเจ็บป่วยเรื้อรัง (N=144)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N=144)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	49	34.0
หญิง	95	66.0
สถานภาพสมรส		
โสด	18	12.5
คู่	73	50.7
หม้าย/หย่า/แยก	53	36.8

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N=144)	ร้อยละ
รายได้		
พอใช้	111	77.1
ไม่พอใช้	33	22.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	14	9.7
ประถมศึกษา	70	48.6
มัธยมศึกษา	29	20.1
อนุปริญญา/ปวส.	13	9.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	18	12.5
อายุ (ปี) \bar{X} =67.42 SD=6.22 Min= 60 Max = 87		
60-74	121	84.00
75-90	23	16.00
>90	0	0
อายุที่เริ่มป่วยโรคซึมเศร้า (ปี) \bar{X} =60.40 SD = 9.13 Min =34 Max= 87		
<50	17	11.8
51-60	43	29.9
61-70	65	45.1
> 71	19	13.2
ระยะเวลาเจ็บป่วย \bar{X} = 6.96 SD= 7.22 Min=1 ปี Max= 34 ปี		
1-5 ปี	85	59.0
6-10 ปี	31	21.5
11 ปีขึ้นไป	28	19.4
จำนวนโรคเรื้อรัง		
ไม่มีโรคประจำตัว	36	25.00
1 โรค	39	27.08
2 โรค	32	22.22
3 โรค	24	16.67
มากกว่า 3 โรค	13	9.03

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N=144)	ร้อยละ
การเจ็บป่วยเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละของการเป็นโรคจากกลุ่มตัวอย่าง		
เบาหวาน	43	29.9
ความดันโลหิต	73	50.7
มะเร็ง	6	4.2
ไขมันในเลือด	42	29.2
เข้าเสื่อม	24	16.7
อื่นๆ	36	25.0

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 66 ข้อ (ภาคผนวก ก) มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อายุที่เริ่มป่วย การเจ็บป่วยเรื้อรัง ระยะเวลาเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวนคำถาม 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบวัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) ฉบับภาษาไทย โดยมาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) มีจุดประสงค์ในการใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามลำดับความรุนแรงของโรค เป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา (อัจฉราพร สิริวิญวงศ์และคณะ, 2544: 312) มีข้อคำถาม 17 ข้อ แต่ละข้อแบ่งระดับคะแนนความรุนแรงของอาการ ตั้งแต่

0 - 2 คะแนน จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 12, 13 และ 14 ให้คะแนนดังนี้

ไม่เลย (0 คะแนน)

ไม่แน่ใจถึงเล็กน้อย (1 คะแนน)

รุนแรง (2 คะแนน)

0 - 4 คะแนน จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11 และ 15 ให้คะแนนดังนี้

ไม่เลย (0 คะแนน)

ไม่แน่ใจถึงเล็กน้อย (1 คะแนน)

เล็กน้อยถึงปานกลาง (2 คะแนน)

ปานกลางถึงรุนแรง (3 คะแนน)

รุนแรงมาก (4 คะแนน)

ยกเว้น ข้อ 16 และ 17 ให้คะแนนดังนี้

ข้อ 16 ผู้วิจัยเลือกถาม ก หรือ ข อย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น โดย ก สอบถามจากตัวผู้ป่วยเอง และ ข เป็นการให้ความเห็นจากจิตแพทย์กรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล สำหรับการวิจัยนี้ สอบถามในผู้ป่วยนอก จึงเลือกถามในข้อ ก ทุกราย

ก. เมื่อให้คะแนนโดยอาศัยประวัติ

0 ไม่มีน้ำหนักลด

1 อาจมีน้ำหนักลด ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้

2 น้ำหนักลดชัดเจน (ตามที่ผู้ป่วยบอก)

3 ไม่ได้ประเมิน

ข. จากการให้คะแนนประจำสัปดาห์ โดยจิตแพทย์ประจำหอผู้ป่วย

0 น้ำหนักลดน้อยกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์

1 น้ำหนักลดมากกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์

2 น้ำหนักลดน้อยกว่า 2 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์

3 ไม่ได้ประเมิน

ข้อ 17 0 - 3 คะแนน ดังนี้

0 ตระหนักว่าตนเองซึมเศร้าและเจ็บป่วย

1 ตระหนักว่าตนเองกำลังเจ็บป่วยแต่โยงสาเหตุกับอาหารที่ไม่คุณค่า ดิน

ฟ้า อากาศ การทำงานหนัก ไวรัส การต้องการพักผ่อน ฯลฯ

2 ปฏิเสธการเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง

3 มีการแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่รุนแรง

การแปลความหมาย

ค่าคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0 – 52 คะแนน

การแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น

0 -7 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า

8 -12 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

13 – 17 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

18 – 29 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก

30 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

คุณภาพของเครื่องมือ

ผลการศึกษาพบว่า แบบวัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย มีค่า standardized Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัด = 0.738 และค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด HRSD นี้กับ Global Assessment Functional Scale ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย การคิดคะแนนของเครื่องมือนี้คะแนนยิ่งมากจะหมายถึงการทำหน้าที่ได้ดี ซึ่งตรงกันข้ามกับแบบวัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่คะแนนมากหมายถึงมีภาวะซึมเศร้ามาก ได้ค่าความสัมพันธ์ของเครื่องมือ เท่ากับ -0.824 แบบประเมินนี้เหมาะสมในใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (มาโนช หล่อตระกูลและคณะ 2539)

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบวัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ฉบับภาษาไทยนี้ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยจึงไม่หาความตรงตามเนื้อหาซ้ำ เนื่องจากไม่ได้มีการตัดแปลงหรือเปลี่ยนแปลงแบบสอบถามและข้อคำถามเหมาะกับกลุ่มที่ศึกษา ก่อนที่จะนำแบบวัดนี้ไปใช้ในการศึกษา ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ $.83$

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุโดยดัดแปลงแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ ชมนาด วรรณพรศิริ (2539) ที่ได้รับการแปลจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The personal resource questionnaire : PRQ85 Part II) ซึ่งสร้างโดย Brandt and Weinert (1981) เป็นแบบวัดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม มีคำถามทั้งหมด 25 ข้อ เพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินนี้ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

3.1 ด้าน ความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด (Attachment) 5 ข้อ ได้แก่ 1, 10, 11, 19 และ 20

3.2 ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม (Social integration) 5 ข้อ ได้แก่ 6, 8, 9, 16 และ 18

3.3 ด้านได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา (Opportunity for nurturance) 5 ข้อ ได้แก่ 7, 12, 17, 21, และ 24

3.4 ด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Reassurance of worth) 5 ข้อ ได้แก่ 2, 3, 5, 13 และ 23

3.5 ด้านการได้รับความช่วยเหลือ (The obtaining of guidance) 5 ข้อ ได้แก่ 4, 14, 15, 22 และ 25

โดยข้อคำถามเชิงบวก มี 20 ข้อดังนี้ 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 และ 25 แต่ละข้อมีคำตอบแบบประมาณค่า 7 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	7	คะแนน
เห็นด้วย	6	คะแนน
ค่อนข้างเห็นด้วย	5	คะแนน
ไม่แน่ใจ	4	คะแนน
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	1	คะแนน

และข้อความเชิงลบ มี 5 ข้อ คือ 4, 7, 10, 16 และ 24 เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	1	คะแนน
เห็นด้วย	2	คะแนน
ค่อนข้างเห็นด้วย	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	4	คะแนน
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	5	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	6	คะแนน
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	7	คะแนน

การแปลผลคะแนน

การสนับสนุนทางสังคมมีค่าคะแนนระหว่าง 25 -175 คะแนน แบ่งระดับโดยใช้คะแนน เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มคะแนนต่ำ และกลุ่มคะแนนสูง ดังนี้

25 – 100 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมต่ำ หรือไม่ดี

101 – 175 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมสูงหรือดี

คุณภาพของเครื่องมือ (Validity and Reliability)

Brandt and Weinert (1981) ได้พัฒนาขึ้นครั้งแรก ชื่อ PRQ 82 ต่อมาพัฒนาเป็น PRQ 85 วัดใน 5 องค์ประกอบ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ชมนาค วรรณพรศิริ (2535) และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี test-retest ในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ จำนวน 100 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น .93 และนำไปทดสอบกับพยาบาล จำนวน 20 คน และวัดด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 (ชมนาค วรรณพรศิริ, 2535)

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมนี้ ผู้วิจัยได้มีการดัดแปลงเนื้อหาของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ จิตแพทย์ 2 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน พยาบาลจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้สูงอายุ 2 คน ให้ทำการตรวจสอบว่าข้อความเหล่านั้นสามารถวัดตามเนื้อหาในด้านต่างๆที่กำหนดได้หรือไม่ จากการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit and Beck, 2004) โดยคำนวณจากสูตร

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

ระดับการแสดงความคิดเห็น มี 4 ระดับ คือ 1,2,3,4 ซึ่งแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

1 = ข้อความนั้นไม่ตรงประเด็นหรือท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

2 = ข้อความนั้นตรงประเด็นเพียงเล็กน้อยหรือท่านเห็นว่าจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไข

3 = ข้อความนั้นตรงประเด็นมากแต่ท่านเห็นว่ายังคงตรงปรับสำนวนหรือภาษาอยู่

4 = ข้อความนั้นตรงประเด็นมากที่สุดโดยท่านเห็นว่าไม่จำเป็นต้องปรับปรุงข้อความเพิ่มจากความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน คำนวณได้ดังนี้

$$CVI = \frac{114}{125} = 0.91$$

จากการคำนวณได้ว่าค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งฉบับ โดยวิธีการหาค่า

CVI = 0.91

ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะ จากผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในแต่ละข้อไปปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

ตารางที่ 3 การการแก้ไขเนื้อหาข้อคำถามเครื่องมือการสนับสนุนทางสังคม

ข้อที่	คำถามเดิม	ปรับแก้เนื้อหาคำถามใหม่
1	ฉันมีใครคนหนึ่งที่อยู่ใกล้ชิดแล้วฉันรู้สึกที่มีความปลอดภัย	ฉันมีคนที่ฉันอยู่ด้วยแล้วรู้สึกปลอดภัย
3	คนอื่นมักจะบอกให้ฉันรู้ว่า ฉันทำงานได้ดี (งาน การดูแลบ้าน)	คนอื่นมักจะบอกให้ฉันรู้ว่า ฉันเป็นคนทำงานดี ไม่ว่าจะเป็งาน หรืองานบ้าน
5	ฉันมีโอกาสมากเพียงพอในการพบปะกับบุคคลที่ทำให้ฉันมีความรู้สึกว่าเป็นคนพิเศษ	ฉันมีโอกาสพบปะบุคคลอื่นและเขาทำให้ฉันรู้สึกเป็นคนพิเศษ
6	ฉันใช้เวลากับคนที่มีความสนใจตรงกับฉัน	ฉันใช้เวลากับคนที่มีความสนใจตรงกับฉัน เช่น การออกกำลังกาย การฟังเพลง
8	คนอื่นทำให้ฉันรู้สึกว่าคุณเขาชอบทำงานกับฉัน (งาน การประชุม โครงการ)	คนอื่นมักจะบอกว่าเขาชอบทำงานร่วมกับฉัน
9	ฉันพอจะหาความช่วยเหลือได้ถ้าฉันต้องการความช่วยเหลือในระยะยาว	ฉันมีคนที่สามารถขอความช่วยเหลือได้แม้ต้องใช้เวลาานๆ
10	ไม่มีใครที่ฉันจะพอบอกได้ว่าฉันรู้สึกอย่างไร	ไม่มีใครที่ฉันพอจะพูดคุยในเรื่องความรู้สึกส่วนตัวของฉันได้
12	คำถาม ฉันมีโอกาสกระตุ้นให้กำลังใจคนอื่นให้พัฒนาความสนใจและทักษะของพวกเขา	ฉันมีโอกาสช่วยคนอื่นให้ค้นหาและทำในสิ่งทีพวกเขาสนใจ
13	ครอบครัวของฉันทำให้ฉันรู้สึกว่ามีความสำคัญในการดำเนินชีวิตของครอบครัว	คนในครอบครัวแสดงให้ฉันรู้สึกว่าฉันมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของพวกเขา
14	ฉันมีญาติหรือเพื่อนที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ฉัน แม้เขาจะรู้สึกว่าฉันไม่อาจตอบแทนเขาได้	ฉันมีญาติหรือเพื่อนที่จะให้ความช่วยเหลือฉัน แม้เขาจะรู้ว่าฉันไม่สามารถตอบแทนพวกเขาได้

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อที่	คำถามเดิม	ปรับแก้เนื้อหาคำถามใหม่
20	ฉันไม่มีคนที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในสังคมและร่วมในกิจกรรมต่างๆ	ฉันไม่มีคนที่จะสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทางสังคมและเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆด้วยได้
22	ถ้าฉันต้องการคำแนะนำ จะมีคนมาช่วยวางแผนที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้น	มีคนช่วยให้ฉันวางแผนจัดการกับปัญหาต่างๆหากฉันต้องการคำแนะนำจากพวกเขาเหล่านั้น
25	ถ้าฉันไม่สบายจะมีคนมาแนะนำฉันเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	หากฉันป่วยจะมีคนให้คำแนะนำฉันในการดูแลสุขภาพของตนเอง

ค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้ศึกษาได้นำแบบวัดไปสอบถามกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87

ส่วนที่ 4 แบบวัดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (Late- Life Disability Instrument)

ผู้วิจัยประเมินภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุด้วยแบบวัดภาวะทุพพลภาพที่ได้รับการพัฒนาโดย Jette, Haley and Kooyoomjian (2004) เป็นการวัดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุในด้านบทบาทส่วนบุคคลและบทบาททางสังคมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตามแนวคิดของ Nagi (1991) มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบแบบประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่

4.1 การแสดงบทบาททางสังคม (Social Role) ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 9, 11, 12 และ 14

4.2 การแสดงบทบาทส่วนบุคคล (Personal Role) ได้แก่ข้อ 4, 7, 8, 10, 13, 15 และ ข้อ 16

การแปลผลคะแนน

แบบสอบถามนี้มีค่าคะแนนระหว่าง 16 -80 คะแนน

แบ่งเกณฑ์ระดับภาวะทุพพลภาพโดยรวมได้ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 25 หมายถึงมีระดับภาวะทุพพลภาพรุนแรง

คะแนนระหว่าง 26 – 33 หมายถึงมีภาวะทุพพลภาพปานกลาง

คะแนนระหว่าง 34 – 55 หมายถึงมีภาวะทุพพลภาพเล็กน้อย

คะแนนมากกว่า 56 หมายถึงไม่มีภาวะทุพพลภาพ

แบ่งเกณฑ์ระดับภาวะทุพพลภาพรายด้านได้ดังนี้

ภาวะทุพพลภาพด้านการแสดงบทบาททางสังคม

คะแนนน้อยกว่า 13 หมายถึงมีระดับภาวะทุพพลภาพรุนแรง

คะแนนระหว่าง 14 – 19 หมายถึงมีภาวะทุพพลภาพปานกลาง

คะแนนระหว่าง 20 – 34 หมายถึงมีภาวะทุพพลภาพเล็กน้อย

คะแนนมากกว่า 35 หมายถึงไม่มีภาวะทุพพลภาพ

ภาวะทุพพลภาพด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคล

คะแนนน้อยกว่า 11 หมายถึงมีระดับภาวะทุพพลภาพรุนแรง

คะแนนระหว่าง 12 – 16 หมายถึงมีภาวะทุพพลภาพปานกลาง

คะแนนระหว่าง 17 – 26 หมายถึงมีภาวะทุพพลภาพเล็กน้อย

คะแนนมากกว่า 27 หมายถึงไม่มีภาวะทุพพลภาพ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์และการพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพ ผู้วิจัยได้กลับค่าคะแนนของตัวแปรภาวะทุพพลภาพเนื่องจาก เครื่องมือต้นฉบับมีคำตอบแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ความถี่ของการทำกิจกรรมนั้น เป็น

- | | | |
|---|---|-------------|
| 5 | = | บ่อยมาก |
| 4 | = | บ่อยๆ |
| 3 | = | บางครั้ง |
| 2 | = | แทบจะไม่เคย |
| 1 | = | ไม่เคย |

ในการแปลผลคะแนน คะแนนมาก หมายถึงการมีภาวะทุพพลภาพน้อย ในทางกลับกันถ้าได้คะแนนน้อยหมายถึงการมีภาวะทุพพลภาพมาก เพื่อให้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามหลักสถิติเป็นไปแนวทางเดียวกัน ผู้วิจัยได้ดำเนินการกลับค่าคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ความสัมพันธ์ดังนี้

- 1 = บ่อยมาก
 2 = บ่อยๆ
 3 = บางครั้ง
 4 = แทบจะไม่เคย
 5 = ไม่เคย

คุณภาพของเครื่องมือ (Validity and Reliability)

Jett, Haley and Kooyoomjin (2002) พัฒนาเครื่องมือนี้ครั้งแรกตามแนวคิดของ Nagi (1991) ชื่อ Late Life Function and disability Instrument (LLFDI) เพื่อประเมินภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ จำนวน 16 ข้อ เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ตรวจสอบความตรงตามสภาพโดยเปรียบเทียบกับเครื่องมือ Physical functioning scale (SF-36) และ London Handicap Scale (LHS) ในผู้สูงอายุ จำนวน 75 คน โดยวิธี Pearson correlation coefficient ในการหาความตรง และวิธี Rasch analysis ในการเปรียบเทียบรายข้อคำถาม ผลพบว่า เครื่องมือ LLFDI มีความสัมพันธ์กันสูงกับเครื่องมือ SF-36 ($r=.74 - .86, p<.01$) และมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับเครื่องมือ LHS ($r=.66, p<.001$) (Dubuc, Haley, Kooyoomjian and Jett, 2004) LaPier and Mizner, (2009) ได้นำเครื่องมือนี้ไปประเมินในผู้ป่วยโรคหัวใจและปอด จำนวน 150 ราย ได้ค่า Intraclass Correlation (ICC) = .77 - .95. Karp et al.,(2009) ได้นำเครื่องมือไปประเมินในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำนวน 313 ราย ได้ค่าความเที่ยง = .84 สำหรับในประเทศไทยยังไม่มี การนำเครื่องมือนี้มาใช้วัดภาวะทุพพลภาพมาก่อน ผู้วิจัยได้นำมาแปลและพัฒนาเพื่อให้เหมาะกับบริบทในสังคมไทย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตการใช้เครื่องมือ และได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาใช้เทคนิคการแปลเครื่องมือ แบบการแปลย้อนกลับ (Back-translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (Bilingual translation) จำนวน 1 คน ตรวจสอบความถูกต้องของการแปลข้อคำถามจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย หลังจากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Bilingual translation) อีก 1 คน แปลจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นนำเครื่องมือฉบับภาษาอังกฤษทั้ง 2 ฉบับที่ได้ คือ ต้นฉบับ (Original version) และฉบับที่ได้รับการแปล (Back translation version) นำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษา พิจารณาเปรียบเทียบตรวจสอบความแตกต่างของข้อความภาษาอังกฤษต้นฉบับและฉบับที่ได้รับการแปลทีละข้อ โดยให้มีความหมายตรงกันกับความหมายต้นฉบับมากที่สุด และปรับเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหา

จากการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน โดยใช้เกณฑ์ในการ ตัดสินความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความ ตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI)

จากความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน คำนวณได้ดังนี้

$$\text{CVI} = \frac{74}{80} = 0.93$$

ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะ จากผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในแต่ละข้อไป ปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีความถูกต้องตามหลักภาษาต้นฉบับ และเหมาะสมกับบริบทด้านสังคมและ วัฒนธรรมไทย ดังนี้

ตารางที่ 4 การแก้ไขข้อคำถามของเครื่องมือภาวะทุพพลภาพ

ข้อที่	จากคำถามเดิม	ปรับแก้ข้อคำถามใหม่
3	ฉันให้การดูแลหรือให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น รวมถึง การเตรียมการดูแลส่วนบุคคล การไปรับ-ไปส่ง และเป็นธุระให้กับ สมาชิกครอบครัวหรือเพื่อน	ฉันให้การดูแลหรือให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น เช่น การดูแลเรื่องส่วนตัว การไปรับ-ไปส่ง และเป็นธุระให้กับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน
6	ฉันเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการ อย่างกระตือรือร้น ได้แก่ กีฬาเดินเขา, การวิ่งจ็อกกิ้ง, การว่ายน้ำ	ฉันเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการ เช่น เดินเล่น วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ รำมวยจีน หรืออื่นๆ
7	ฉันดูแลการเงินและกิจธุระของครัวเรือน เช่น การดูแลและจัดการเกี่ยวกับเงินของฉัน, ชำระค่าไฟ ค่าโทรศัพท์ ติดต่อเจ้าของที่ดิน หรือผู้เช่า ติดต่อบริษัท สาธารณูปโภคหรือหน่วยงานของรัฐ	ฉันดูแลการเงินและธุรกิจในครัวเรือน เช่น การดูแลและจัดการเกี่ยวกับเงินของตัวเอง, ชำระค่าไฟ ค่าน้ำ ค่าโทรศัพท์ จัดการเกี่ยวกับธุรกรรมที่ดิน เป็นต้น
8	ท่านดูแลสุขภาพของตัวเองท่านเอง เช่น การรับประทานยาทุกวัน การควบคุมอาหาร การพบแพทย์ตามนัด	ฉันดูแลสุขภาพของตัวเองฉันเอง เช่น การรับประทาน ยารักษาโรคประจำตัว การควบคุมอาหาร การพบแพทย์ตามนัด

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อที่	จากคำถามเดิม	ปรับแก้เนื้อหาคำถามใหม่
9	ท่านได้เที่ยวนอกบ้าน โดยอยู่พักค้าง ได้ 1 คืนเป็นอย่างน้อย	ฉันเดินทางท่องเที่ยวต่างจังหวัดและค้างแรมได้ 1 คืน เป็นอย่างน้อย
10	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย เช่น เดินออกกำลังกาย ปั่นจักรยานอยู่ กับที่ ยกน้ำหนัก หรือ ทำกายบริหาร	ฉันออกกำลังกายเป็นประจำวัน เช่น ปั่นจักรยานอยู่ กับที่ ว่ายน้ำ รำมวยจีนหรือ ทำกายบริหาร (แอโร บิก)
12	ท่านออกไปสถานที่สาธารณะกับ ผู้อื่น อาทิ เช่น ร้านอาหาร หรือ โรง ภาพยนตร์	ฉันไปดูหนังหรือกินข้าวนอกบ้านกับคนอื่น
14	ท่านเข้าร่วมองค์กร กิจกรรมทาง สังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชุมชน หรือกลุ่มศาสนา	ฉันมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น เข้าชมรม ผู้สูงอายุ หรือเข้าวัดฟังธรรม
15	ท่านดูแลทำธุระในท้องถิ่น เช่น การ จัดการและดูแลรับผิดชอบเกี่ยวกับ การซื้ออาหารและของใช้ส่วนตัว ไปธนาคาร ห้องสมุด หรือร้านซัก แห้ง	ฉันจัดแจงธุระของฉันได้เอง เช่น การซื้ออาหาร และของใช้ส่วนตัว ไปธนาคาร ห้องสมุด หรือร้าน ซักแห้ง
16	ท่านได้เตรียมอาหารให้แก่ตัวท่าน เอง เช่น การวางแผน การทำอาหาร การบริการ และ การทำความสะอาด	ฉันได้เตรียม/ทำอาหารด้วยตัวฉันเอง เช่น เตรียม ของ ทำอาหาร บริการตัวเอง และ ทำความสะอาด จาน ชาม

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลอง กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89

ตารางที่ 5 ตารางสรุปค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbah's Alpha coefficient) ของเครื่องมือทุกฉบับ

เครื่องมือ	การทดสอบ
แบบวัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	.83
แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม	.87
แบบวัดภาวะทุพพลภาพ	.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา และเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมวิจัยจากทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลดังนี้

3.1 ผู้วิจัยเตรียมกระดาษที่แสดงสัญลักษณ์ ชื่อความ “ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการสัมภาษณ์วิจัย” ติดที่หน้า OPD card ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย และเตรียมเอกสารระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเป้าหมาย คิดไว้ที่โต๊ะของพยาบาลคัดกรอง

3.2 เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลาก่อนการพบแพทย์ในวันที่ถูกสุ่มในการเก็บข้อมูล โดยเริ่มตั้งแต่ 8.00น. ถึง 12.00 น. ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย หลังจากที่คัดกรองแล้วว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการติด กระดาษข้อความ “ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการสัมภาษณ์วิจัย” ติดที่หน้า OPD card

3.3 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและอื่นๆ ตามแบบฟอร์มการตกลงให้คำยินยอมในการเก็บข้อมูล รวมทั้งชี้แจงระบบการจัดคิวพบแพทย์ของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยถึงคิวพบแพทย์ ผู้วิจัยจะดำเนินการให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ก่อนและดำเนินการสัมภาษณ์ต่อ ขณะรอรับยา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยลงชื่อ

ยินยอม ในเอกสารผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

3.4 ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยเริ่มจากแบบสอบถามส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและโรคเรื้อรัง ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้า ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 4 แบบวัดภาวะคุณภาพตามลำดับ

3.5 ระหว่างการสัมภาษณ์หากผู้ป่วยมีปัญหาทางสุขภาพจิตที่ต้องได้รับการช่วยเหลือผู้วิจัยจะดำเนินการส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสุขภาพทันที เพื่อให้การช่วยเหลือ

3.6 ในรายที่การสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนระดับภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป (13 คะแนนขึ้นไป) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการส่งต่อข้อมูลแก่ทีมสุขภาพของแต่ละโรงพยาบาลที่ทำการเก็บข้อมูล

4. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 144 ราย หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากการที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัย โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของทั้งสามโรงพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูล เกี่ยวกับ โครงร่างของงานวิจัยและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ ได้แก่ การได้รับความเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ ความยุติธรรม การพิทักษ์สิทธิในการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงประโยชน์ของการนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความยินยอมของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ให้ทราบว่ามิสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสัมภาษณ์ในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการให้บริการแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยแล้วไม่พอใจ หรือไม่ต้องการตอบแบบสอบถามต่อ สามารถบอกเลิกได้ รวมทั้งผู้วิจัยจะทำการชี้แจงข้อมูลว่าข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

หลังจากรวบรวมข้อมูลได้ครบตามต้องการแล้ว ทำการลงรหัสข้อมูล นำข้อมูลไปลงในโปรแกรม และดำเนินการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิเคราะห์ในการ

วิจัยทางสังคมศาสตร์ กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ

1. สถิติบรรยาย (Descriptive statistics) ใช้เพื่อแสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งสถิติเชิงบรรยาย ที่นำมาใช้คือ

1.1. การแจกแจงจำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด อธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ และ การเจ็บป่วยเรื้อรัง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะทุพพลภาพ

1.2. ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\pm SD$) อธิบาย อายุ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และภาวะทุพพลภาพ

2. สถิติอ้างอิง (Inferential statistics) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุโดยการวิเคราะห์

2.1. การวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร ระหว่าง เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และพอยร์ไบเซเรียล (Point Biserial Correlations) โดยได้มีการตรวจสอบคุณสมบัติตามข้อตกลงก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ < 0.05

2.2. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยร่วมพยากรณ์ ได้แก่ เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ดังนี้

1) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์

2) ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยทดสอบค่ารวมเอฟ (Overall F-test)

3) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta)

4) ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ถดถอย โดยการทดสอบค่า t

5) หาค่าคงที่ของสมการพยากรณ์

6) สร้างสมการการพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ (Test of Assumptions)

โดยก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้นต่อไปนี้

1. Normal Distribution วิธีการตรวจสอบลักษณะการแจกแจงข้อมูล (Data distributions) โดยมีสมมุติฐานที่ทดสอบคือข้อมูลต้องมีการแจกแจงเป็น โค้งปกติ โดยเฉพาะตัวแปรที่สำคัญ (ประกาย จิโรจน์กุล, 2548) วิเคราะห์โดยตาราง Descriptives แผนภูมิ Histogram ภาพลำต้นและใบ (Stem and Leaf) Detrend Normal Q-Q plot และตาราง Test of Normality ด้วยการทดสอบ Kolomogorov- Smirnov Test ทั้งนี้ตัวแปรอิสระทุกตัวและตัวแปรตามมีระดับการวัดอย่างน้อยเป็น มาตราวัดช่วงมาตราหรืออัตราส่วน หรือมีการแปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) (กัลยา วาณิช บัญชา, 2545) ในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรอิสระที่แปลงเป็นตัวแปรหุ่นได้แก่ เพศ และการเจ็บป่วย เรื้อรัง ผลจากการทดสอบการแจกแจงพบว่าตัวแปรมีการแจกแจงเป็น โค้งปกติ (ภาคผนวก) ซึ่งจะทำการหาความสัมพันธ์ ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และ พอยร์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) (รัตนศิริ ทาโต, 2552)

2. Linearity Relationship ค่าเฉลี่ยของตัวแปรสำหรับทุกๆ ค่าของตัวแปรอิสระจะต้องมีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับตัวแปรตาม ทดสอบโดยคุณลักษณะการกระจายของ Scatter Plot ซึ่งจากผลการทดสอบดังกล่าวผ่านข้อตกลง ดังแสดงในภาคผนวก

3. Homocedasticity ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปร พยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่หรือผลรวมของค่าความแปรปรวนของตัวแปรอิสระของตัวแปรตามทุกๆ ค่าจะต้องคงที่ ทดสอบโดยใช้ Scatter Plot ระหว่างค่า Z-resid กับค่า Z-presid ซึ่งจะพบว่าการกระจายอยู่บนค่าศูนย์ ซึ่งจากการทดสอบดังกล่าวผ่านข้อตกลง ดังแสดงในภาคผนวก

4. Multicollinearity ตัวแปรแต่ละตัวจะต้องไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น หมายถึง ต้องไม่มีค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่มีค่าสูง ทดสอบโดยการใช้ Correlation Matrix ผล พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระไม่เกิน .65 ซึ่งแสดงว่าตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (Burn and Grove, 1997 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) และการพิจารณาค่า Tolerance ถ้ามีค่าเข้าใกล้ค่า 0 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) มีค่าเข้าใกล้ค่า 10 แสดงว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันสูง โดยผลการทดสอบค่า Tolerance และ VIF ของตัวแปร อายุ ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม มีค่าเท่ากับ .839 และ 1.192; .780 และ 1.020; .831 และ 1.203 ตามลำดับ แสดงว่าตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง

5. Autocorrelation ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ทดสอบ โดยการใช้ Dubin Watson test เปรียบเทียบค่าที่วิเคราะห์ได้ ถ้ามีค่าที่อยู่ในช่วงที่ไม่มีความสัมพันธ์ในตารางขอบเขตค่า Dubin Watson test (1.5 - 2.5) ที่ $\alpha = .05$ สรุปว่า ค่าความคลาดเคลื่อนขอตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรตามเป็นอิสระจากกัน (No Autocorrelation) ซึ่งค่าที่วิเคราะห์ได้เท่ากับ 2.224 แสดงว่าไม่มีปัญหาในเรื่อง Autocorrelation

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) ในลักษณะวิจัยเชิงความสัมพันธ์และการพยากรณ์ เพื่อศึกษาระดับภาวะทุพพลภาพและหาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์และพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม โดยนำเสนอรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาระดับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ตอนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ตอนที่ 3 การศึกษาปัจจัยด้านเพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ที่สามารถร่วมพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ตอนที่ 1 การศึกษาระดับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ระดับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงตามตารางที่ 6 ดังนี้

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ระดับความรุนแรงของภาวะ ทุพพลภาพ	คะแนน	\bar{X}	$\pm SD$	จำนวน	ร้อยละ
รุนแรง	≤ 25	21.82	2.68	11	7.63
ปานกลาง	26-33	29.26	2.31	19	13.20
เล็กน้อย	34-55	45.87	6.39	77	53.47
ไม่มี	≥ 56	63.64	6.33	37	25.70
รวม		46.64	13.90	144	100

จากตารางที่ 6 พบว่า ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีค่าเฉลี่ย 46.64 ($\pm SD=13.90$) พบภาวะทุพพลภาพในระดับเล็กน้อยมากที่สุดร้อยละ 53.47 ($\bar{X} = 45.87 \pm SD=6.39$) ภาวะทุพพลภาพระดับรุนแรงน้อยที่สุด ร้อยละ 7.63 ($\bar{X} = 21.82 \pm SD= 2.68$)

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำแนกรายด้าน

ภาวะทุพพลภาพ	ระดับความรุนแรง	คะแนน	\bar{X}	$\pm SD$	จำนวน	ร้อยละ
การแสดงบทบาท	รุนแรง	≤ 13	10.81	1.64	27	18.75
ทางสังคม	ปานกลาง	14-19	16.00	1.78	42	29.15
	เล็กน้อย	20-34	25.15	3.95	67	46.50
	ไม่มี	≥ 35	40.88	3.09	8	5.60
รวม			20.67	8.12	144	100
การแสดงบทบาท	รุนแรง	≤ 11	10.00	1.67	6	4.15
ส่วนบุคคล	ปานกลาง	12-16	14.24	1.03	17	11.75
	เล็กน้อย	17-26	21.59	2.50	41	28.50
	ไม่มี	≥ 27	31.36	2.46	80	55.60
รวม			25.67	7.35	144	100

ตารางที่ 7 ภาวะทุพพลภาพรายด้านพบว่า ภาวะทุพพลภาพ ด้านการแสดงบทบาททางสังคม มีภาวะทุพพลภาพระดับรุนแรงร้อยละ 18.75 ($\bar{X} = 10.81, \pm SD = 1.64$) และภาวะทุพพลภาพด้านการแสดงบทบาททางสังคมเล็กน้อยร้อยละ 46.50 ($\bar{X} = 25.15, \pm SD = 3.95$) ซึ่งมีจำนวนมากที่สุด ภาวะทุพพลภาพด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคลไม่มีภาวะทุพพลภาพจำนวนมากที่สุดร้อยละ 55.60 ($\bar{X} = 31.36, \pm SD = 2.46$) และมีภาวะทุพพลภาพรุนแรงจำนวนน้อยที่สุดร้อยละ 4.15 ($\bar{X} = 10.00, \pm SD = 1.67$)

ตอนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะ
ซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะคุณภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ปัจจัย เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม
ได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังตารางที่ 8 - 12

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละ ของเพศ การเจ็บป่วยเรื้อรังและอายุของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N=144)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	49	34.00
หญิง	95	66.0
อายุ (ปี) \bar{X} =67.42 SD=6.22 Min= 60 Max = 87		
60-74	121	84.00
75-90	23	16.00
>90	0	0
การเจ็บป่วยเรื้อรัง		
มี	110	76.40
ไม่มี	34	23.60

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงคิดเป็นร้อยละ 66.0 ด้านอายุกลุ่ม
ตัวอย่างมีอายุน้อยที่สุด คือ 60 ปี อายุมากที่สุดคือ 87 ปี อายุเฉลี่ย (\bar{X}) 67.42 ปี ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน (\pm SD) 6.22 อยู่ในช่วงอายุ 60 - 74 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84 รองลงมาคือช่วงอายุ
75 -90 เป็นร้อยละ 16 และไม่มีผู้รับบริการที่มีอายุ 90 ปี ขึ้นไป ด้านการเจ็บป่วยเรื้อรังพบว่าส่วน
ใหญ่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 76.4

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ระดับความรุนแรงของ ภาวะซึมเศร้า	คะแนน	จำนวน (N=144)	ร้อยละ	\bar{X}	$\pm SD$
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0 – 7	64	44.40	3.00	2.10
เล็กน้อย	8 -12	34	23.50	10.53	1.31
ปานกลาง	13 -17	21	14.60	14.76	1.41
มาก	18-29	25	17.30	20.88	2.42
ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า $\bar{X} = 9.63 \pm SD = 7.00$ Min = 0 คะแนน Max =26 คะแนน					

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ไม่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 44.40 กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็น ระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.5 ($\bar{X} = 10.31, \pm SD = 1.31$) มีภาวะซึมเศร้าปานกลางน้อยที่สุดคิดเป็น 14.6 ($\bar{X} = 14.76, \pm SD = 1.41$)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละ ของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	คะแนน	จำนวน (N=144)	ร้อยละ	\bar{X}	$\pm SD$
การสนับสนุนทางสังคม $\bar{X} = 124.78 \pm SD = 30.02$					
ดี (101 -175 คะแนน)		112	77.8	137.16	20.14
ไม่ดี (25 - 100 คะแนน)		32	22.2	81.44	14.53

จากตารางที่ 10 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดีมากที่สุด ($\bar{X} = 124.78, \pm SD = 30.02$) คิดเป็นร้อยละ 77.8

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำแนกรายด้าน

ตัวแปร	\bar{X}	$\pm S.D.$
ด้านความผูกพันใกล้ชิด	26.15	6.94
ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม	22.8	8.2
ด้านได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา	21.6	9.4
ด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง	27.3	8.5
ด้านการได้รับความช่วยเหลือ	27.7	8.1

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมในด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและด้านการได้รับความช่วยเหลือสูงกว่าด้านอื่นๆ ($\bar{X} = 27.3 \pm SD = 8.5$ และ $\bar{X} = 27.7 \pm SD = 8.1$ ตามลำดับ) การสนับสนุนทางสังคมด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านได้รับการส่งเสริมและพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) = 21.6 \pm SD = 9.4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้ดังตารางที่ 12-13 ดังนี้

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัย อายุ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (N = 144)

	ภาวะทุพพลภาพ	อายุ	ความรุนแรงของซึมเศร้า	สนับสนุนทางสังคม
ภาวะทุพพลภาพกลับค่าคะแนน	1			
อายุ	.275**	1		
ความรุนแรงของซึมเศร้า	.395**	-.043	1	
การสนับสนุนทางสังคม	-.478**	-.105	-.392**	1

** p < .01 * p < .05

จากตารางที่ 12 พบว่า ภาวะทุพพลภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ อายุ และ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .275$ และ $.395$ ตามลำดับ) ส่วนการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะทุพพลภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.478$)

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยด้าน เพศ และ การเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะ
คุณภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	P-value
เพศ	-.136	.105
การเจ็บป่วยเรื้อรัง	.044	.597

จากตารางที่ 13 พบว่าปัจจัย เพศ และการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะคุณภาพ
ภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r_{pb} = .136$ และ $r_{pb} = .044$)

ตอนที่ 3 ศึกษาปัจจัย เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุน
ทางสังคมที่สามารถร่วมพยากรณ์ภาวะคุณภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัย เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
และการสนับสนุนทางสังคมที่สามารถร่วมพยากรณ์ภาวะคุณภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
ดังตารางที่ 14-15 ดังนี้

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวพยากรณ์ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่
สมการถดถอยกับภาวะคุณภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ค่าอำนาจการพยากรณ์ (R^2) และ
ค่าอำนาจการพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์ภาวะคุณภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
วัยสูงอายุ (N=144 ราย)

ตัวแปรพยากรณ์	R	R^2	R^2 change	F	P-value
การสนับสนุนทางสังคม	.478	.228	.228	41.953	.000
อายุ	.528	.279	.051	27.292	.000
ความรุนแรงของภาวะ ซึมเศร้า	.583	.340	.061	24.068	.000

จากตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอนพบว่า ในขั้นตอนที่ 1 การ
สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะคุณภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .228 ($R^2 = .228$) แสดงว่า

การสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ร้อยละ 22.8

ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ อายุ เข้าในสมการพยากรณ์เป็นอันดับที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น .279 ($R^2 = .279$) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การสนับสนุนทางสังคมและอายุร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้เพิ่มขึ้นอีกคิดเป็น ร้อยละ 5.1 ($R^2 \text{ change} = .051$)

ขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเข้าในสมการพยากรณ์เป็นอันดับที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น .340 ($R^2 = .340$) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การสนับสนุนทางสังคม อายุ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอีกคิดเป็นร้อยละ 6.1 ($R^2 \text{ change} = .061$)

นอกจากนี้พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 3 ตัวกับตัวแปรเกณฑ์มีค่าเท่ากับ .583 ซึ่งมีค่าสูงกว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวกับตัวแปรเกณฑ์ แสดงว่าตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 3 ตัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม อายุ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ดีกว่าใช้ตัวแปรตัวเดียว โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 3 ตัวสามารถร่วมกันอธิบายภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (N=144)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE _b	Beta	t	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	-.162	.035	-.345	-4.587**	.000
อายุ	.567	.157	.250	3.606*	.000
ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	.544	.151	.270	3.603*	.000
Constant 26.290 R= .583 R ² .340 Overall 24.068 Dubin Watson = 2.224					

* p<.05 **P<.01

จากตารางที่ 15 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่าตัวพยากรณ์ที่มีค่า beta สูงสุดคือ การสนับสนุนทางสังคม (Beta= -.345) แสดงว่าการสนับสนุนทางสังคมมีน้ำหนักสูงสุดในการพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ รองลงมาคืออายุ (Beta = .250) และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Beta=.270) โดยค่า t ทุกค่ามีนัยสำคัญที่ระดับ ร้อยละ 95 และสูงกว่า หมายถึงตัวพยากรณ์ทั้ง 3 ตัว มีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta > 0) และมีประสิทธิภาพที่จะทำการร่วมพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพ โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้ดังนี้

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3$$

โดยที่ Y คือ ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

a คือ ค่าคงที่

b_1 คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการสนับสนุนทางสังคม

b_2 คือค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของอายุ

b_3 คือค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

x_1 คือ คะแนนของการสนับสนุนทางสังคมที่วัดได้ของแต่ละคน

x_2 คือ คะแนนของอายุที่วัดได้ของแต่ละคน

x_3 คือ คะแนนของความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่วัดได้ของแต่ละคน

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

ภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ = 26.290 + -.162 (การสนับสนุนทางสังคม) + .567(อายุ) + .544 (ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า)

จากสมการอธิบายได้ว่า ตัวแปรที่ได้รับเลือก 3 ตัวแปร มีอิทธิพลต่อภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบ ตัวแปรอายุและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ทำให้ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น -.161 คะแนน (เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น)

อายุ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ .567 หมายความว่า ถ้าคะแนนอายุ มากขึ้น 1 คะแนน ทำให้ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น .567 คะแนน

ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ .344 หมายความว่า ถ้าคะแนนความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากขึ้น 1 คะแนน ทำให้ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น .544 คะแนน

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z' = B_1Z_1 + B_2Z_2 + B_3Z_3$$

Z' คือ ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

B_1 คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยที่เป็นคะแนนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคม

B_2 คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยที่เป็นคะแนนมาตรฐานของอายุ

B_3 คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยที่เป็นคะแนนมาตรฐานของความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

Z_1 คือ ค่ามาตรฐานของ การการสนับสนุนทางสังคม

Z_2 คือ ค่ามาตรฐานของอายุ

Z_3 คือ ค่ามาตรฐานของระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

สรุปสมการในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z(\text{ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ}) = -.345 (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) + .250 (\text{อายุ}) + .270 (\text{ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า})$$

จากสมการอธิบายได้ว่า หากปรับค่าตัวแปรในสมการให้เป็นมาตรฐานที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ ให้มีค่าคงที่ แล้วเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม 1 คะแนน ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จะเพิ่มขึ้น -.345 หน่วยมาตรฐาน

ถ้าคะแนนอายุเพิ่มขึ้น 1 คะแนน ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จะเพิ่มขึ้น .250 หน่วยมาตรฐาน (เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น)

ถ้าคะแนนความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 คะแนน ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จะเพิ่มขึ้น .270 หน่วยมาตรฐาน (เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น)

ตัวแปรทั้ง 3 ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม อายุ และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ใช้เป็นตัวพยากรณ์ ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยมีประสิทธิภาพการพยากรณ์ร้อยละ 34 นั่นคือ ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 3 ตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ร้อยละ 34

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) ในลักษณะวิจัยเชิงสหสัมพันธ์และการพยากรณ์ เพื่อศึกษาระดับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและศึกษาความสัมพันธ์และการพยากรณ์ระหว่าง เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกสังกัดโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ประกอบด้วย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้าน อายุ เพศ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมในการร่วมพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

สมมุติฐานการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
2. อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
3. การเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
4. ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
5. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
6. อายุ เพศ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

และโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 7,048 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ประกอบด้วย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์และโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่เข้าเกณฑ์ในการเลือก โดยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ ในวันที่กำหนดในการเก็บข้อมูล และเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทุกรายในวันที่ทำการสุ่ม ได้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถนำไปวิเคราะห์ทั้งหมด 144 คน คิดเป็นร้อยละ 96

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ มีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่วนที่ 2 แบบวัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 4 แบบวัดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (Late- Life Disability Instrument) ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ของเครื่องมือส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 ได้ 0.91 และ 0.93 ตามลำดับ ความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือส่วนที่ 2- 4 คือ .83, .87 และ.89 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้คือ จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ของ อายุ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม สถิติพอร์ชไปซีเรียล (Point Biserial correlations) ในการหาความสัมพันธ์ ของเพศ และการเจ็บป่วยเรื้อรัง และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะทุพพลภาพโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย (34-55 คะแนน)โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.35 คะแนน จำแนกภาวะทุพพลภาพรายด้าน พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีภาวะทุพพลภาพด้านการแสดงบทบาททางสังคม อยู่ในระดับเล็กน้อยร้อยละ 46.50 ($\bar{X} = 25.15$, $\pm SD = 3.95$) ซึ่งมีจำนวนมากที่สุด และไม่มีภาวะทุพพลภาพด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคลจำนวนมากที่สุดร้อยละ 55.60 ($\bar{X} = 31.36$, $\pm SD = 2.46$)

2. การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และ พอร์ชไปซีเรียล (point Biserial correlations) ของ เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ดังนี้

2.1 เพศ และการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ($r_{pb} = -.136, p < .105$; $r_{pb} = .044, p < .597$ ตามลำดับ)

2.2 อายุ และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ($r = .275, p < .01$; $r = .395, p < .01$ ตามลำดับ)

2.3 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ($r = -.478, p < .01$)

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ ระหว่าง เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเชิงพยากรณ์ โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 34 ($R^2 = .340$)

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

ภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ = $24.068 + -.162(\text{การสนับสนุนทางสังคม}) + .567(\text{อายุ}) + .314(\text{ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า})$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

ภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ = $-.345(\text{การสนับสนุนทางสังคม}) + .250(\text{อายุ}) + .270(\text{ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า})$

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับดังนี้

1. ระดับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะทุพพลภาพเฉลี่ย $46.35 \pm SD = 23.90$ จัดอยู่ในระดับภาวะทุพพลภาพเล็กน้อย (34-55 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 53.47 ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Karp et al. (2009) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของสหรัฐอเมริกา จำนวน 313 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะทุพพลภาพในระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 46.6$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jett et al., (2002) ที่ทำการศึกษาในคลินิกผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในคลินิกมีภาวะทุพพลภาพเล็กน้อยมากที่สุด

จากผลการศึกษาดังกล่าว อภิปรายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่ม

ตัวอย่างที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมดและสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มารับการตรวจด้วยตนเอง ดังนั้น ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จึงมีความสามารถในการเดินทางได้เอง การช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 67.42 ปี จัดอยู่กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น ผู้สูงอายุตอนต้น เป็นวัยที่ยังชราไม่มากสามารถทำงานได้ (Yurick et al., 1990 อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2549) และความเสื่อมถอยยังไม่มากนักสมรรถภาพในการประกอบกิจกรรม (Function ability) จะถดถอยลงช่วงประมาณ 80 – 85 ปี (สุทธิชัย จิตพันธ์กุล 2544) เป็นผลให้สมรรถภาพที่คงเหลืออยู่ค่อนข้างต่ำและถ้ามีโรคหรือปัญหาสุขภาพต่างๆ รวมด้วย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีการสนับสนุนทางสังคม ($\bar{X}=124.8, \pm SD = 30.00$) และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ($\bar{X}=9.60, \pm SD = 7.00$) การสนับสนุนทางสังคม (Steffens, 1999) และความรุนแรงของโรคซึมเศร้าน้อยส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะทุพพลภาพน้อยตามไปด้วย (Alexopoulos, 1996) นั่นหมายความว่าภาวะทุพพลภาพจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในระดับที่รุนแรง ร้อยละ 7.6 ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถดำเนินชีวิตหรือแสดงบทบาทส่วนบุคคลและบทบาททางสังคมได้อย่างปกติ (Kap et al., 2009) ส่งผลกระทบต่อครอบครัวในการดูแล และเพิ่มค่าใช้จ่ายอีกทั้งครอบครัวต้องเสียเวลาในการทำงานเพื่อดูแลกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ จากผลการวิจัย ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ทั้งกลุ่มที่มีภาวะทุพพลภาพเล็กน้อยหรือกลุ่มที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง เป็นเรื่องที่สำคัญที่ควรให้ความสำคัญในการป้องกันและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคงสภาพของการแสดงบทบาทได้โดยชะลอความผิดปกติให้นานที่สุด

เมื่อพิจารณาภาวะทุพพลภาพรายด้าน พบว่า ภาวะทุพพลภาพทั้ง 2 ด้านได้แก่ ด้านการแสดงบทบาททางสังคม พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีภาวะทุพพลภาพในระดับเล็กน้อยมากที่สุด ร้อยละ 46.50 และการแสดงบทบาทส่วนบุคคล พบว่าไม่พบภาวะทุพพลภาพในด้านนี้คิดเป็นร้อยละ 55.60 รองลงมาผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพในระดับเล็กน้อยร้อยละ 28.50 ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ภาวะทุพพลภาพด้านการแสดงบทบาททางสังคม เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยมีส่วนเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นในสังคม เช่น การเขียนจดหมาย การใช้โทรศัพท์ การเยี่ยมเยียนเพื่อน การไปส่งและเป็นธุระให้คนในครอบครัว อาสาสมัครทำงานนอกบ้าน การไปเที่ยวต่างจังหวัด การจัดงานเลี้ยงที่บ้าน รวมถึงให้เวลาส่วนหนึ่งในการทำกิจกรรมทางสังคม การวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีภาวะทุพพลภาพเล็กน้อย ($\bar{X}=20.67$) ร้อยละ 46.5

จากผลการศึกษาอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าจะขาดความสนใจสิ่งต่างๆ รอบตัว ไม่มีความกระตือรือร้นต่อกิจกรรมต่างๆ มักอยู่คนเดียว ไม่มีเพื่อนซึ่งเป็นลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล, 2547) และมีแรงจูงใจลดลง มีลักษณะแยกตัว สนใจกิจกรรมที่ชอบน้อยลงหรือในบางรายไม่สนใจกิจกรรม เฉยเมย ซึม คิดหมกมุ่นเรื่องของตนเอง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) อีกทั้งเมื่ออายุมากขึ้นร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมถอย มีโรคประจำตัวมากขึ้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าเป็นภาระกับผู้อื่นทำให้ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว ไม่สนใจกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม ซึ่งเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีภาวะทุพพลภาพด้านนี้มาก แต่ด้วยอายุในการศึกษานี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60-74 ปี) จึงทำให้ผู้กลุ่มนี้มีระดับภาวะทุพพลภาพเล็กน้อยเท่านั้น

ภาวะทุพพลภาพด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคล ซึ่งเป็นบทบาทในด้านของการทำกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐานซึ่งถือว่าเป็นกิจกรรมทั่วไปที่บุคคลที่มีสุขภาพดีสามารถทำได้ (Jett et al., 2004) การศึกษานี้พบว่า ร้อยละ 28.5 มีภาวะทุพพลภาพเล็กน้อย ($\bar{X} = 25.67$) และส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่มีภาวะทุพพลภาพด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคล คิดเป็นร้อยละ 55.60

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า การแสดงบทบาทส่วนบุคคลเป็นกิจกรรมที่ทำได้แก่ การดูแลตนเอง ทำอาหาร ดูแลงานบ้าน ซื่อของใช้ในบ้าน ของใช้ส่วนตัว กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่จำเป็นพื้นฐานและไม่ยุ่งยากกลุ่มตัวอย่างจึงสามารถทำได้ อีกทั้งกิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ผู้หญิงมักจะทำอยู่เป็นประจำมากกว่าผู้ชาย และในกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66) จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี อย่างไรก็ตามในการศึกษาพบว่าร้อยละ 4.2 มีภาวะทุพพลภาพด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคลในระดับที่รุนแรง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสามารถได้เพียงการช่วยเหลือตนเองเพียงเล็กน้อย เช่นการเข้าห้องน้ำ การรับประทานอาหารเอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีผู้ดูแล ทำให้เกิดภาระแก่ครอบครัว ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มที่ควรให้ความสนใจและหาแนวทางในการส่งเสริมและวางแผนในการดูแลที่เหมาะสม

อย่างไรก็ตามในการวิจัยนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะทุพพลภาพเฉลี่ย 46.35 และส่วนใหญ่มีภาวะทุพพลภาพด้านการแสดงบทบาททางสังคม ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวควรได้รับการดูแลและส่งเสริมให้มีภาวะทุพพลภาพลดลงและไม่เป็นภาระมากขึ้น

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ แยกอภิปรายได้ดังนี้

2.1 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($r_p = -.136$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ รัชชา (2536) ที่ได้ศึกษาในผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ การศึกษาของ Karp et al. (2009) ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Kiosses et al (2001) , Steffens et al (1999) และ Fersell et al (1994) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ กับภาวะทุพพลภาพ

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า อาจเนื่องจากในสังคมไทยนั้นทั้งเพศหญิงและเพศชายมีความเท่าเทียมกันภายใต้กฎหมาย การศึกษา อาชีพและสังคม ทำให้ความสามารถของทั้งหญิงและชายไม่ต่างกัน (Mulder, 1990 อ้างในศรีเรือน แก้วกังวาน, 2549) และระบบสังคมวัฒนธรรมไทย บทบาทในด้านการทำงานบ้าน การเตรียมอาหาร การซักผ้าเสื้อผ้าเอง การซื้อของใช้ภายในบ้าน ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่ผู้ชายมีบทบาทน้อย ระบบสังคม ซึ่งอาจมีผลในการตอบของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ชายไม่มีโอกาสได้ทำกิจกรรมนั้นๆ ไม่ได้หมายความว่าทำกิจกรรมนั้นไม่ได้ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการวิจัยในการเลือกใช้เครื่องมือในการวิจัย จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศในการศึกษาได้ ดังนั้นเครื่องมือในการวัดภาวะทุพพลภาพจึงมีความสำคัญในด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเพศและบริบทในสังคมไทย

2.2 อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ($r = .275, p < .01$) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ระบุว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ แสดงว่าบุคคลอายุมากขึ้นจะมีภาวะทุพพลภาพมากขึ้นด้วย ซึ่งสามารถอธิบายด้วยทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพที่กล่าวว่า การสูงอายุถูกกำหนดไว้แล้วโดยรหัสอยู่ในยีน สิ่งมีชีวิตแต่ละสายพันธุ์จะมีอายุขัยแตกต่างกันไปซึ่งกระบวนการสูงอายุประกอบด้วย การเจริญเติบโต การพัฒนาการ และการเสื่อมลงจนกระทั่งตายไปในที่สุดเมื่อถึงเวลาที่กำหนดไว้ (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2549) แสดงให้เห็นว่าเมื่ออายุมากขึ้นเซลล์ต่างๆ จะเสื่อมลง ทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายจะลดลง สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) กล่าวว่า สมรรถภาพของร่างกายจะลดลงเรื่อยๆ ตามอายุ และเมื่อถึงอายุ 80 -85 ปี สมรรถภาพที่คงเหลืออยู่ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างอิสระจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ

จากผลการวิจัย อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น ($\bar{X} = 67.7$) มีภาวะทุพพลภาพอยู่ในระดับเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Yurick et al.(1990) อ่างใน ศรีเรือน แก้วกังวาน (2549) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 -74 ปี ถือเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น เป็นวัยที่ยังสามารถทำงานได้ ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปี ขึ้นไปถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่ควรได้รับการดูแลอย่างใส่ใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Alexopoulos et al. (1996) ที่ได้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 75 ราย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวก กับภาวะทุพพลภาพอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($r = -.49, p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kiosses et al (2001) ($r = -.46, p < .01$); Steffens et al. (1999) ($r = -.31, p < .01$) ในการศึกษาของ Fersell et al. (1994) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำนวน 1,304 ราย พบว่า ผู้ป่วยอายุมากขึ้น จะยังเป็น โรคซึมเศร้ามากขึ้น และพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นจากเหตุผลดังกล่าวสามารถบอกได้ว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ ดังนั้นในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุต้องคำนึงถึงอายุ โดยการเลือกกิจกรรมต่างๆให้เหมาะสมกับอายุหรือเริ่มการส่งเสริมและป้องกันผู้ป่วยกลุ่มนี้ตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุตอนต้นๆ

2.3 การเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($r_{pb} = -.044$) ไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Karp et al.(2009) ที่พบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับจากการศึกษาของ Kiosses (2001), Alexopoulos et al.(1996), Steffens et al.(1999) ที่พบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ

จากผลการศึกษาอภิปรายได้ว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ในการศึกษาต่างประเทศพบว่า โรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อภาวะทุพพลภาพมากที่สุดคือ โรคเบาเสื่อม โรคมะเร็ง (Kriegsman, Deeg and Stalman; pope et al., 2001) รองลงมาคือ หลอดเลือดสมอง (stroke) (Kriegsman, Deeg and Stalman; pope et al., 2001) สำหรับประเทศไทยพบว่า โรคเรื้อรังที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในผู้สูงอายุได้แก่ หลอดเลือดอุดตัน เบาเสื่อม ความดันโลหิตสูง หัวใจ เบาหวาน และ มะเร็ง (Jittapunkul, 2001) ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า โรคเรื้อรังที่พบในกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นกลุ่มโรคที่ส่งผลกระทบต่อภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุไม่มาก เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเบาเสื่อมหรือโรคมะเร็ง (จิรวรรณ อินคัม, 2550) และสามารถควบคุมรักษาได้ดี นอกจากนั้น Nagi (1991) กล่าวว่า การมีพยาธิสภาพทางกายไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง การบาดเจ็บจากสาเหตุต่างๆ เช่นอุบัติเหตุ จะส่งผลให้ผู้ป่วยบกพร่องในการทำหน้าที่ทางร่างกายและเกิดภาวะทุพพลภาพในการทำกิจกรรมมาก

หรือน้อยขึ้นกับความรุนแรงของโรคที่เป็น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alexopoulos et al., (1996) ที่พบว่าคะแนนระดับความรุนแรงในการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับ ภาวะทุพพลภาพในการทำกิจกรรมด้วยตนเองและกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.32, p < .01$) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีโรคที่ส่งผลต่อภาวะทุพพลภาพของ ดังนั้นจากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ การมีโรคเรื้อรังในการศึกษานี้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ

2.4 ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุพพลภาพ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ($r = .395, p < .01$) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ระบุว่า ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ แสดงว่าบุคคลที่มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากจะทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพมากขึ้นไปด้วย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า นั้นพิจารณาจากอาการ และอาการแสดงของโรคซึมเศร้าที่แสดงออก ซึ่งสามารถ แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ออกได้ 3 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง (Beck, 1967; Beck et al., 1979) ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยนั้น ผู้ป่วยจะไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี้ยงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความคิดอยากตาย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางนั้น ผู้ป่วยจะไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แต่ก็ยังสามารถบังคับตนเอง หรือถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ รู้สึกจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น มีความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ตนเองเผชิญอยู่ หลีกเลี้ยงและแยกตัวออกจากสังคม ความต้องการที่จะตายรุนแรง และถี่ขึ้น มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย และสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ผู้ป่วยจะหมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ทุกชนิดแม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมด แทบจะไม่มีเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ผู้ป่วยจะไม่สนใจสิ่งต่างๆ ซึ่งจะกระทบการแสดงบทบาททั้งทางสังคม และการแสดงบทบาทส่วนบุคคลเพิ่มมากขึ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา Karp et al. (2010), Kiosses (2001), Alexopoulos et al. (1996), Steffens (1999) การศึกษาของ Karp et al. (2009) ศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำนวน 313 ราย พบว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าซึ่งวัดด้วยแบบประเมิน HAM-D มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.38, p < .01$) สอดคล้องการศึกษาของ Alexopoulos (1996) พบว่าความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้น

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่แสดงออกโดยการ เบี่ยงเบนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม มีตั้งแต่ระดับเล็กน้อย จนถึงระดับรุนแรง ถ้าอาการและอาการแสดงรุนแรงมากขึ้น แสดงถึงระดับความรุนแรงของภาวะ ซึมเศร้ามากขึ้น และระดับความสามารถของผู้ป่วยก็จะลดลงนั่นคือ ภาวะทุพพลภาพมากขึ้นตาม ระดับความรุนแรงของภาวะเศร้า (Burce, 2001) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของภาวะ ซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 9.63 \pm SD = 7.00$) และมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของ ภาวะทุพพลภาพซึ่งอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 46.35 \pm SD = 13.90$) เช่นกัน จากเหตุผลดังกล่าวจึง สามารถบอกได้ว่าระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเป็นการเบี่ยงเบนในเรื่องของความคิด อารมณ์ แรงจูงใจและ พฤติกรรม ถ้าบุคลากรทีมสุขภาพสามารถดูแลให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลดลงจะทำให้ ส่งผลต่อภาวะทุพพลภาพลดลงด้วย ดังนั้นการจัดกิจกรรมพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย โรควิตกกังวลสูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยลงได้

2.5 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย โรควิตกกังวลสูงอายุ ($r = -.478, p < .01$) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรควิตกกังวลสูงอายุ แสดงว่าบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมดีทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพได้น้อย อธิบายได้ว่า โดยปกติบุคคลทั่วไปมักจะคาดหวังว่าเมื่อป่วยหรือมีความทุกข์จะมีคนคอยดูแลและช่วยเหลือ โดยเฉพาะจากสมาชิกในครอบครัว และบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยได้ โดยเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคน ให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ สนใจ ยกย่อง เป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีการติดต่อและผูกพันซึ่งกัน และกัน (Cobb, 1976) เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยมั่นคงในอารมณ์ และมีคุณค่าในตนเอง (Barrera et al., 2004) การสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลรู้จักการแก้ปัญหา มีความมั่นใจในการเผชิญปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นสามารถปรับตัวทาง จิตวิทยาที่เหมาะสม สามารถลดปัญหาสุขภาพจิต และสามารถดูแลตนเองได้ดี (เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์, 2547) โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากนัก สอดคล้องกับการศึกษา Steffens et al. (1999) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านการเห็นคุณค่าและการได้รับการแนะนำช่วยเหลือมีความสัมพันธ์กับ ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรควิตกกังวลสูงอายุ ($r = .219, p < .01$) ต่างจากการ ศึกษาของ Alexopoulos et al. (1996) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่สัมพันธ์กับ ภาวะทุพพลภาพ

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุร้อยละ 77.8 มีการสนับสนุนทางสังคมดี ($\bar{X} = 124.78$) เมื่อพิจารณารายด้านจำนวน 5 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการช่วยเหลือและความผูกพันใกล้ชิดสูงสุด ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ อาจเป็นผลมาจาก ด้วยสังคมและวัฒนธรรมไทยได้รับการส่งเสริมและเห็นคุณค่าในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุไทยมีความใกล้ชิดและผูกพันกับลูกหลานและครอบครัว และด้วยวัฒนธรรมไทยได้ปลูกฝังในเรื่องของความกตัญญูต่อบิดา มารดา และความมีน้ำใจ ช่วยเหลือผู้อื่นอยู่เสมอ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิบัติของบุคคล เพื่อช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นการแนะนำหรือการให้ความรู้แก่บุคคลอื่น ตลอดจนการจัดการสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการของแต่ละบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2531) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการสนับสนุนทางสังคมดี ($\bar{X} = 124.78$) ทำให้กลุ่มตัวอย่างนี้มีภาวะทุพพลภาพเล็กน้อยเท่านั้น แสดงว่า ถ้าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมไม่ดี หรือได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะส่งผลต่อภาวะทุพพลภาพ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพ ดังนั้นในการดูแลและวางแผนการพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ กิจกรรมที่ทำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย ได้แก่ ที่ส่งเสริมเอกลักษณ์การให้เกียรติ และเคารพผู้สูงอายุ กิจกรรมทำบุญร่วมกันระหว่างครอบครัว โรงพยาบาลและผู้ป่วยอื่นๆ เป็นต้น

3. ปัจจัยที่สามารถร่วมพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ ระหว่าง เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พบว่า ตัวแปร อายุ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 34 ($R^2 = .340$) โดยเรียงจากตัวแปรที่มีน้ำหนักในการพยากรณ์สูงสุดตามลำดับดังนี้ คือ การสนับสนุนทางสังคม อายุ และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Beta = -.345, .250 และ .270 ตามลำดับ) โดยตัวแปรที่เข้าสมการตัวแรกคือ การสนับสนุนทางสังคม ($R^2 = .228$) อายุ ($R^2 = .279$) และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ($R^2 = .340$) การสนับสนุนทางสังคม สามารถพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ร้อยละ 22.8 เมื่อเพิ่มตัวแปรอายุเข้าไปสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 27.9 เมื่อเพิ่มตัวแปรความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเข้าไปสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 34.0 นั่นคือ การสนับสนุนทางสังคม อายุ และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุได้ดีกว่าตัวแปรตัว

เดียว ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม อายุ และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะทิวพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ร้อยละ 34.0 โดยมีรายละเอียดของการอภิปรายดังนี้

3.1 การสนับสนุนทางสังคม ผลการวิเคราะห์พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ถูกคัดเลือกให้เข้ามาในสมการเป็นอันดับแรก สามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของภาวะทิวพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะทิวพลภาพได้ร้อยละ 22.8 ($R^2 = .228$) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางพบว่า มีทิศทางในทางลบ ($Beta = -.345$) แสดงว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมดี จะมีภาวะทิวพลภาพน้อย ถ้าผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมไม่ดีจะทำให้มีภาวะทิวพลภาพมากขึ้น

จากการวิจัยอภิปรายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นเกราะกำบังแรกที่จะช่วยให้ลดโอกาสในการเกิดภาวะสุขภาพและเชื่อมโยงกับภาวะทิวพลภาพ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีทั้งจากครอบครัว คนใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีคุณค่าในตนเองและสามารถเผชิญกับปัญหาสุขภาพได้ (Cohen and Will, 1987 อ้างใน ไพรัตน์ ผ่องแผ้ว 2550) การสนับสนุนและช่วยเหลือจากสังคมจะช่วยลดความรุนแรงของความเครียดหรือปัญหา ผู้ป่วยซึ่งมีเครือข่ายการช่วยเหลือเป็นอย่างดีจะผ่านพ้นสถานการณ์วิกฤตได้ดีกว่าผู้ที่อยู่คนเดียว (สมภพ เรืองตระกูล, 2547) การวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมดี ($\bar{X} = 124.78$) ถึงร้อยละ 77.8 ซึ่งการมีการสนับสนุนดี ส่งผลต่อภาวะทิวพลภาพจะเห็นได้ว่าการวิจัยนี้ส่วนใหญ่มีภาวะทิวพลภาพเล็กน้อยเท่านั้นสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ สังขมรทร (2549) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบนของประเทศไทย การศึกษาของ ไพรัตน์ ผ่องแผ้ว (2550) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยอันดับแรกที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่มีการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ และสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวรส คงชีพ (2545) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรอันดับแรกในการพยากรณ์เซาว์อารมณ์ของพยาบาลประจำการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมยังสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงขณะตั้งครรภ์ (โสมศิริ ยอดพิพัฒน์, 2547) การศึกษาของ จุฬารัตน์ สยงกุล (2550) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตของหญิงหลังผ่าตัดมดลูก ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญกับบุคคลไม่ว่าจะเจ็บป่วยทางร่างกาย เจ็บป่วยทางจิตใจ หรือแม้แต่นบุคคลที่ไม่มีมีการเจ็บป่วย

3.2 อายุ ผลการวิเคราะห์พบว่า เมื่อเพิ่มตัวแปร อายุเข้าในสมการเป็นอันดับ 2 สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการพยากรณ์ได้อีกร้อยละ 5.1 (R^2 change = .051) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก ($Beta = .250$) แสดงว่าผู้ป่วยที่อายุมากขึ้นจะมีภาวะทุพพลภาพมากขึ้นตามไปด้วย

สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อมนุษย์เกิดมาก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของสรีระและจิตใจจาก วัยเจริญเติบโต เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ จนเข้าสู่วัยสูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเช่น ผมขาว ผิวหนังย่น สายตาเปลี่ยน การเคลื่อนไหวค่อยลง ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลงตามวัยที่มากขึ้น และเกิดภาวะทุพพลภาพมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยพิจารณาจากความชุกของภาวะทุพพลภาพของประชากรไทยที่เพิ่มขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล 2544) จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุพพลภาพ หมายความว่าเมื่ออายุมากขึ้นจะมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น และปัจจัยด้านอายุยังเป็นปัจจัยที่พยากรณ์ภาวะทุพพลภาพซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Steffen et al. (1999) รายงานว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำนวน 211 ราย พบว่าปัจจัยด้านอายุและความบกพร่องในการรู้คิด สามารถพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อีกร้อยละ 41 สอดคล้องกับการศึกษา ชาญลักษณ์ หอบันถือกิจ (2535) นิสากร กรุงไกรเพชร (2540) พบว่าปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ดังนั้นปัจจัยการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะทุพพลภาพ จำเป็นต้องคำนึงถึงอายุเป็นสำคัญเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับอายุที่มากขึ้น

3.3 ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ผลการวิเคราะห์พบว่า ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าถูกคัดเลือกเข้ามาในสมการเป็นอันดับที่ 3 สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าร่วมอธิบายความแปรปรวนภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อีกร้อยละ 34 ($R^2 = .340$) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก ($Beta = .270$) แสดงว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากจะมีภาวะทุพพลภาพมาก ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า น้อยๆ ผู้ป่วยจะยังคงสามารถทำงานได้ แต่จะมีความตั้งใจในการทำงานลดลง ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากขึ้น จะส่งผลต่อหน้าที่การงาน และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สนใจสิ่งแวดลอมไม่สนใจสังคม (อรพรรณ ถีอนุช วัชชัย 2549) ความสามารถในการทำงานและการทำกิจวัตรประจำวัน การไม่สนใจสังคม เป็นภาวะทุพพลภาพตามแนวคิดของ Nagi (1991) นั่นเอง จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 9.6$) และมีภาวะทุพพลภาพในระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 46.4$) เช่นกัน และพบว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และร่วมพยากรณ์

ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alexopoulos et al. (1996); Steffens et al. (1999) และ Kiosses et al. (2001) พบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ดังนั้น ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าจึงเป็นอีก ปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการเกิดภาวะทุพพลภาพ ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจึงควรให้ความสนใจและตระหนักถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผู้วิจัยขอเสนอแนวทางในการส่งเสริมผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในการลดภาวะทุพพลภาพทั้งในด้านการปฏิบัติการพยาบาล บริหาร และข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีภาวะทุพพลภาพอยู่ในระดับเล็กน้อย (34-55 คะแนน) ถึงร้อยละ 53.47 ดังนั้น พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชควรตระหนักถึงความสำคัญ ของการเกิดปัญหาดังกล่าว อีกทั้งการจัดกิจกรรมการพยาบาลควรคำนึงถึงปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์และพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพ ไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดและชดเชยภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

2. การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมากที่สุด ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมดี ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนในด้านความผูกพันใกล้ชิด กับครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน การสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมให้มีการพัฒนา การเห็นคุณค่าในตนเอง การได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชน จะเกี่ยวข้องกับความสามารถในการแสดงบทบาททางสังคมและบทบาทส่วนบุคคล พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนทางสังคม โดยการจัดกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีส่วนร่วม เช่น กิจกรรมที่ส่งเสริมเอกลักษณ์การให้เกียรติ และเคารพผู้สูงอายุ กิจกรรมทำบุญร่วมกันระหว่างครอบครัว โรงพยาบาลและผู้ป่วยอื่นๆ เป็นต้น นอกจากนั้นควรมี การสอน และให้คำแนะนำครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่บ้านเพื่อส่งเสริมความสามารถและชดเชยภาวะทุพพลภาพ

3. ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์และสามารถพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติรองมาจากปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านอายุเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ควรมีบทบาทในการคัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพในวัยสูงอายุทุกราย และเลือกใช้แบบวัดในการประเมินภาวะทุพพลภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้การคัดกรองมีความถูกต้อง และสามารถนำมาวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม ตั้งแต่เริ่มมีภาวะทุพพลภาพในช่วงแรกๆ ได้ให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งลดภาวะรุนแรงมากขึ้น อีกทั้งต้องมีการติดตามประเมินความสามารถอย่างต่อเนื่อง

4. จากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์และสามารถพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเป็นการเบี่ยงเบนด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ ด้วยเหตุนี้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงต้องมีการวางแผนการดูแลเพื่อลดภาวะซึมเศร้า โดยคำนึงถึงการเบี่ยงเบนดังกล่าวในการวางแผนช่วยเหลือเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และควรมีการจัดระบบการดูแลประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ด้านบริหาร

เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารการพยาบาลและทีมสุขภาพจิตในการออกแบบระบบบริการและกำหนดแผนการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย

1. ศึกษาวิจัยในการจัดทำโปรแกรมเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม และการลดภาวะซึมเศร้า
2. ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนากระบวนการพยาบาลในการส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
3. ศึกษาและเลือกเครื่องมือในการวิจัยให้สอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรม หรือวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกรัตน์ สุขตุ่งคะ และคณะ. (2542). ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง. *สารศิริราช* 51(4): 232-243.

กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2547). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: แอล.ที. เพรส.

กันยาลักษณ์ เตชะพงศักรชัย. (2545). *ผลของการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2540). *การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย SPSS for window*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เกษม ตันติพลาชีวะ และ กุลยา ตันติพลาชีวะ. (2528). *การรักษาสภาพในวัยสูงอายุ*. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.

คมสัน แก้วระย้า. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล เขตเทศบาลเมือง จ.เพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คณะกรรมการแบบทดสอบสมองเบื้องต้นในเวชศาสตร์สูงอายุ. (2542). *แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย. (MMSE-Thai 2002)*. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: www.agingthai.org/files/users/3451/page/20090422_70743. [2 ธันวาคม 2553]

จงเจษฎ์ ยิ่งสกุล. (2545). *แบบทดสอบสภาพสมองของคนไทยสำหรับบุคคลที่อ่านภาษาไทยไม่ได้*. *สารศิริราช* 54(2): 96-107

จิราวรรณ อินคุ่ม. (2549). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จุฬารณีย์ สยงกุล. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังผ่าตัดมดลูก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ฉัตรวลัย ใจอารีย์. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแล สุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉวีวรรณ แก้วพรหม. (2530). *ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาอุทอง ไล่เลิศ. (2536). *การพัฒนาแบบทดสอบสำหรับการค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร. (2552). *การพัฒนาเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัดเจน จันทร์พัฒน์. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เขาวนีย์ ล่องซุผล. (2547). *ผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชมนาด วรรณพรศิริ. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพจิตของพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. (2530). *สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: ศุภวณิช.
- ดารณศ เกศไสวและคณะ. (2544). *การศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ทัศนีย์ ระย้า. (2536). *การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ธนุชาติชนานนท์. (บรรณาธิการ). (2536). *คู่มือประกอบการใช้ ICD10 สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.*
- ชัยลักษณ์ หอบันลือกิจ. (2535). *ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชราธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- นิตากร กรุงไกรเพชร. (2540). *ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตจังหวัดในเขตภาคกลาง ของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- นงนภัส พันธุ์แจ่ม. (2549). *ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสภาพร่วมกับการบริหารสมองต่อการทำหน้าที่ ด้านการรู้คิดและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ จันทร์เพ็ญ แสงเดือนฉาย. (2536). *สรุปผลการวิจัย โครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และ ประชากรสูงอายุ ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเคล. (2539). *รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- นิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ. (2537). *แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. สารศิริราช 46(1): 1- 9.*
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2548). *ระบาควิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- นันทิยา ทวิชาชาติ. (2553). *การหลงลืมในผู้สูงอายุ.*[ออนไลน์]. แหล่งที่มา (http://www.agingthai.org/files/users/3451/page/20090609_14985.pdf) [10 ธันวาคม 2553]
- บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. (2532). *พฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนและแข็งแรง 2531. กรุงเทพฯ: สัมภาษณ์การพิมพ์*
- บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. (2542). *การเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุการงาน. กรุงเทพฯ.*

- บุญชัย นวมวงค์วัฒนา, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ เกษราภรณ์ เคนบุปผา. (2551). *การสำรวจความบกพร่องทางพฤติกรรมปัญญาในผู้สูงอายุไทย: การศึกษาระดับชาติ ปี 2551*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เบญจรัตน์ สีเกิดพงษ์.(2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กนักเรียน โรคธาลัสซีเมีย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีชา ศตวรรษธารัง. (2544). *การศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย*. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.กรุงเทพฯ.
- ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และ มาโนช หล่อตระกูล. (2539). *DSM IV ฉบับภาษาไทย (ให้รหัส ICD10)*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2548). *การวิจัยทางการแพทย์: แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ*. สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร.
- ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2552). *การสำรวจสถิติจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มโรค ระหว่าง พ.ศ. 2549 – 2552*. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา.
- พีรพนธ์ ลีบุญชูวิชชัย. (2549). *จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล : จิตบำบัดที่มีหลักฐานอ้างอิงสำหรับโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน*. ใน ธานินทร์ อินทรกำธรชัย (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ร่วมสมัย*, หน้า 109-119. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พูนสิน เณลิมวัฒน์. (2553). *การปรับตัวในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญศรี หลินสุวรรณท์. (2543). *ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พิริยา สุทธิเลิศ. (2551). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพรัตน์ ผ่องแผ้ว. (2550). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ที่มีภาวะอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ. *วารสารคณะพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 21(1)*: 13-24.
- ภัทรกร วิริยวงศ์. (2551). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41*: 35-246.
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดีกรุงเทพมหานคร. พิมพ์ครั้งที่ 2*. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มาโนช ทับมณี. (2541). *ความซึมเศร้าในภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาจิตวิทยาคลินิก ภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณีกานต์ สุภาเส.(2551). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2550). การรับรู้โรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในเขตชุมชนเมือง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 21(1)*: 67-79.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ; โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รวีวรรณ นิเวตพันธ์. *คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ*. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: (http://www.agingthai.org/files/users/3451/page/20090609_14985.pdf) [20 ธันวาคม 2553]

- รุจิรา แอกทอง. (2549). การปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาจิตวิทยาชุมชน คณะจิตวิทยาและการแนะแนว,
มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สาธารณสุข, กระจ่าง. กรมสุขภาพจิต. (2546). *การสำรวจระดับความวิตกกังวลในวัยผู้ใหญ่: การศึกษา
ระดับประเทศ ปี 2546*. นนทบุรี: วังมด .
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2541). *ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย. นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูป
ระบบบริการสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.*
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2551). *ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย. นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูป
ระบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.*
- สมชาย สุขศิริเสรีกุล. (2551). *เศรษฐศาสตร์สุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: แอคทีฟ พรินท์ .
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุ
แบบสหวิชาชีพ*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯ.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *คู่มือแนวทางการจัดตั้งและ
ดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1*. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่ง
ประเทศไทยจำกัด.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *โครงการประเมิน
เทคโนโลยีทางการแพทย์ การเปรียบเทียบ ความสัมพันธ์ แบบทดสอบสภาพสมอง
เบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพ สมองไทย
(Thai Mini Mantal State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมอง
เสื่อม*. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:
http://www.agingthai.org/files/users/3451/page/20090422_70743.pdf.
[12 ธันวาคม 2553].
- สมรัก ชวานิชวงศ์. (2553). *ความเข้าใจโรคซึมเศร้า*. [ออนไลน์]. แหล่งข้อมูล :
<http://www.dmh.go.th/stydepression/knowledge/view.asp?id=1> . [10 ธันวาคม 2553].
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร. 374-379.
- สมชาย สุขศิริเสรีกุล. (2551). *เศรษฐศาสตร์สุขภาพ*. กรุงเทพฯ: บริษัทแอคทีฟ พรินท์ จำกัด.

- สรยุทธ วาสิกนันนท์. (2548). *โรคซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย.
กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข
- สุธีรา ภัทรยุตวรรัตน์. (2548). *คู่มือการวัดทางจิตวิทยา.ภาคจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์*
ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2540). *เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว สำหรับการวิจัยทาง*
สังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์: หลักการ วิธีการ และการประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เลื่องเสียง.
- สุภาภรณ์ สังขมรรทพ.(2549). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของ*
ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ,
สาขาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2537). *ภาวะทุพพลภาพ: ปัญหาของผู้สูงอายุ .จุฬาลงกรณ์เวชสาร*
38 :67-75.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2538). *ปัจจัยการพึ่งพาในผู้สูงอายุที่พำนักในสถานสงเคราะห์คนชรา*
ธรรมปกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 39(10):734-739.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *โครงการสูงอายุในประเทศไทยรายงานการทบทวนองค์ความรู้และ*
สถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายการวิจัย. กรุงเทพมหานคร
สำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2545). *มุมมองใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ปรากฏการณ์ ประชากร*
ผู้สูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 3(2): 49-62.
- สุณี สุวรรณพสุ. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรง*
สนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันทา สกลดี. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาในการใช้เครื่องปอด*
หัวใจเทียม ภาวะไม่สมดุลทางอารมณ์และคุณภาพการนอนหลับกับการทำหน้าที่ด้านการรู้
คิดของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ,
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2544). *การพยาบาลจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 1. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.

- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, พินสุทร เหมพิสุทธ์ และ ทิพวรรณ อิศรพัฒนสกุล. (2540). การศึกษาวิเคราะห์ความต้องการผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ในอีก 2 ทศวรรษหน้า. *วารสารวิชาการสาธารณสุข (เมษายน-มิถุนายน 2540)*: 36-46.
- โสมศิริ รอดพิพัฒน์. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของกลุ่มสมรส และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของสตรีในระยะตั้งครรภ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวรส คงชีพ.(2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย การสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ กับเข่าอารมณ์ของพยาบาลประจำการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. (2548). *เจาะลึกระบบประกันสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชญา โมพีชาติ. (2553). *การรู้-การคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.answers.com/topic/cognition> [25 ตุลาคม 2553]
- วิจารณ์ วิชัยยะ. (2533). *Management of depression* (1990). กรุงเทพมหานคร: อาร์ ดี พี.
- ศรีเรื่อน แก้วกังวาน. (2535 ก). “ความสัมพันธ์และทัศนคติของเด็กไทยมุสลิมต่อผู้ใหญ่ หนุ่มสาว และผู้สูงอายุ.” ในรวมผลงานวิจัยในวาระครบ 60 ปี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีเรื่อน แก้วกังวาน.(2535ข). “ตัวแปรทางจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทยในเมือง – ชนบท.” สาขาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีเรื่อน แก้วกังวาน.(2549). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย วันรุ่น – วัยสูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริรัตน์ วิจิตระกุลถาวร. (2545). *ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสูงอายุมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2541). *การเกื้อหนุนทั้งสังคมแก่ผู้สูงอายุ: พื้นที่ศึกษาในเขตภาคภาคเหนือ*. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2549). *การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- อรรวรรณ ลีทองอินทร์. (2533). *ผลการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าในบ้านพักคนชรา นักบุญโยเซฟ จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรอนงค์ สาระท่า และ นรลัทภณ เอื้อกิจ. (2551). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิ. *โครงการประชุมวิชาการเรื่อง การสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลและเผยแพร่ผลงานวิชาการ*: 161-177.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2553). *เอกสารคำสอนวิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล*. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา).
- อังคณา หมอนทอง. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวังกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉราภรณ์ สีหิรัญวงศ์. (2544). *การฟื้นฟูจากความซึมเศร้าของสตรีไทยวัยกลางคน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อชววรรณ แก่นจันทร์. (2548). *การศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี*. โครงการอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชลี เตมีย์ประดิษฐ์, วรณัฐ ตันชัยสวัสดิ์, ชุมศรี หังสพฤกษ์, อ้อมทิพย์ พันธุ์ศิริ. (2533). Mini Mental State Examination (MMSE) แบบทดสอบในการตรวจหาภาวะความผิดปกติทางสมอง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 35:1447-53.
- อัศวินี มานะกันคำ. (2551). *การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านการรู้คิด*. เอกสารการสอน, ภาควิชาวิชาการพยาบาลจิตเวช, มหาวิทยาลัยมหิดล. เอกสารไม่ตีพิมพ์.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. กรุงเทพมหานคร: ชรรรมสาร.

ภาษาอังกฤษ

- Agosti, V. (1999). Predictors of persistent social impairment among recovered depressed Outpatient. *Journal of Affective Disorder* 55: 215-219.
- Agosti, V. (1999). Residual symptoms and social functioning over six-months in recovered outpatients with chronic depression. *Journal of Affective Disorder* 52: 251-255.
- Agosti, V. and Stewart, J. W. (1998). Social functioning and residual symptomatology among Outpatients who responded to treatment and recovered from major depression. *Journal of Affective Disorder* 47: 207-210.
- Airaksinen, E. et al. (2006). Cognitive and social functioning in recovery from depression: Results from a population-based three-year follow-up. *Journal Of Affective Disorder* 96: 107-110.
- Alexopoulos et al. (1996). Disability in geriatric depression. *American Journal Psychiatry* 153: 877-885.
- Allian, T.J. et al (1997). Morbidity and disability in elderly Zimbabweans. *Age Aging* 26(2): 115-121.
- Arking . (1991). *Biology of Aging: Observations and Principles* New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- American Psychiatric Association (2000a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc
- Arking . (1991). *Biology of Aging: Observations and Principles* New Jersey: Prentice Hall.
- Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Braam, A. W., Smit, J. H. and Tilburg, W. V. (1992). Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being, and service utilization. *Psychological Medicine* 27: 1397-1409
- Birren, and Cunningham. (1985). Research on the Psychology of aging: Principles concepts and theory in scheme. In K.W. and Birren, (eds), *Theory and methods in the psychology of aging*. New York: Van Norstrand Reinhold.
- Black, S.A., Markides, K.S. and Ray, L.A. (2003). Depression predicts increased incidence of adverse health outcomes in older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetic Care* 26: 2822-2828.

- Brault. (2009). *Review of changes to the Measurement of Disability in the 2008 American Community Sursey*. U.S. Census Bureau, Washington, DC. Available from http://www.census.gov/hhes/www/disability/2008ACS_disability.pdf.
[2010 December 10]
- Brandt, P.A. and Weinert, C. (1981). The PRQ-a social support measure. *Nursing Research*, 30(5): 277-280.on D.C.
- Brandt P.A. and Weinert C. (1985). *PRQ: Psychometric Update*. Unpublished manuscript. University of Washington. School of Nursing. Washingt
- Bower, P., et al. (2006). Collaborative care for depression in primary care. *British Journal of Psychiatry* 189: 484-493.
- Bowling and Grundy. (1997). Activities of daily living: Changes in functional ability in tree sample of elderly people. *Age Aging* 26: 107-114.
- Bruce, M. L. (2001). Depression and disability in late life: Directions for future research. [Electronic version]. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 9(2): 102-112.
- Bruce, M.L., Seeman, T.E.,Merrill, S.S. et al. (1994). The impact of symptomatology on physical disability: MacArthur studies of successful aging. *American Journal public Health* 84: 1796-1799
- Busch-mann, Dixon and Tichy.(1998). Geriatric Depression. In Allender and Rector. (eds) *Seading in Gerontological Nursing*. Philadelphia:Lippincott 426-436
- Burgess. (1998). *Advanced Practice Psychiatric Nursing*. USA: Appleton and Lange.
- Burnside. (1988). *Grief Depression and Suicide*.3nd. USA: McGram-Hill Book company.
- Busch, Rudden and Shapiro.(2004). *Psychodynamic Treatment of Depression*. USA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Callahan, Wolinsky and Stump TE. et al. (1998). Mortality, symptom, and functional impairment in late-life depression. *Journal of General International Medicine* 13: 746-752.
- Campbell, Busby, Robertson, Lum, Langlois and Morgan. (1994). Disease, impairment, disability and social handicap: A community based study perspectives of people aged 70 years and over. *Disability and Rehabilitation* 16(2): 72-79.

- Center for Disease Control and Prevention. (2003) The burden of chronic diseases and their risk factors: nation and state 2002. US Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention; February 2002. Available from: http://www.cdc.gov/nccdphp/burdenbook2002/burden_Book_2000.pdf
[2010 November 19]
- Chularat boonyakawee. (2006). *The functional disability of the elderly in tambon krabinoi moug district krabi*. Dissertation for the Degree of Master of Public Health Program in Health Systems Development. Chulalongkorn University.
- Ciechanowski, P. et al.(2004). Community-Integrated Home-Based Depression Treatment in Older Adults. *Journal American Medical Association*, 291(13): 1569-1577.
- Chisholm, D. et al.(2004). Reducing the global burden of depression. *British Journal of Psychiatry* 184: 393-403.
- Clarke. (2005). Adverse factors and the mental health of older people: implications for social policy and professional practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12: 290-296.
- Cobb, S. (1976). Social support as moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 38(5): 300-301.
- Cobb, S. (1976). Social support as moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 43: 374- 378.
- Cohen, S. & Syme, S.L.(1985). In S. Cohen S. & Syme (Eds), *Social support and health*. (pp.43-60). London: Academic Press.
- Cohen, S. and Wills, T.A. (1985).Stress, social support & buffering hypothesis. *Psychological Bulletin* 98:310-352
- Coleman,C.K. et al. (1994). Influence of caregiving on families of older adult. *Journal of Gerontol Nursing* 20(40): 49-56.
- Costa, C. E. et al. (2007). Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries. *British Journal of Psychiatry* 191: 393-401.
- Craig. (1991). *Human Development*.6t ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Crawford. (2004). Depression: international intervention for a global problem. *British Journal of Psychiatry* 184: 379-380.

- Cronin- Stubbbs, D., De leon, C.F., Beckett, L.L. et al. (2000). Six year effect of depressive symptoms on the course of physical disability in community- living older adults. *Archive International Medicine* 160: 3074-3080.
- Denkinger, M. D., Igl, W., Coll-Planas, L., Bleicher, J., Nikolans, T. & Jamour, M. (2009). Evaluation of the Short Form of the Late-Life Function and Disability Instrument in Geriatric Inpatients Validity Responsiveness, and Sensitivity to Change [Electronic version]. *Journal of American Geriatrics Society* 57: 309-314.
- Dubuc, N., Haley, S. M., Kooyoomjia, J. T. and Jette, A. M. (2004). Function And Disability in Late- Life: comparison of the Late-Life Function and Disability Instrument to the Short-Form-36 and London Handicap Scale. *Disability and Rehabilitation* 26(6): 362-370). Available from <http://www.tandf.co.uk/journals>. [2010 September 22].
- Egede L. E. (2007). Major depression in Individuals with chronic medical disorder: Prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity functional disability. *General Hospital Psychiatry* 29:409-416. Available from www.sciencedirect.com. [2010 December 10]
- Feely, M. and Sines, D. and Long, A. (2007). Early life experience and their impact on our understanding of depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14: 393-402.
- Finkelman, W.A. (1997). *Psychiatric Home Care*. USA: Aspen Publisher, Inc.
- Fitzpatrick, J. J. and Whall, L. A. (1996). *Conceptual Models of Nursing*. 3nd. USA.
- Forsell Y, Jorm AF. and Winblad, B . (1994). Association of age, sex, cognitive dysfunction and disability with major depressive symptoms in an elderly sample. *American Journal Psychiatry* 151: 1600-1604.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. and McHugh, P. R. (1975). Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12: 189-198.
- Frank, E., et al. (2007). Randomized Trial of Weekly, Twice-Monthly, and Monthly Interpersonal Psychotherapy as Maintenance Treatment for Woman With Recurrent Depression. *American Journal Psychiatry* 164(5): 761-777.

- Freedman, N. L. (1969). Recurrent Behavioral Recovery during Spreading Depression.
Journal of Comparative and Physiological Psychology 68(2): 210-214.
- Frisch, N. C. and Frisch, L. E. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*. 3rd. USA:Thomson Delmar Learning.
- Ferrucci, Guralik, Pahor, Corti and Havlik. (1997). Hospital diagnosis, medicine charges and Nursing home admissions in the year when older persons become severely disabled.
Journal of the American Geriatrics Society 27(9): 728-734.
- Gurland, B.J., Wilder, D.E. and Barkman. C. (1998). Depression and Disability in the elderly: Reciprocal relation and changes with age.[Electronic version]. *International Journal of geriatric Psychiatry* 3: 163- 179.
- George. (2002). *Nursing Theories*. 5th ed. USA:Pearson Education Inc.
- Gureje, Ademola and Olley. (2009). Depression and disability : comparisons with common physical conditions in the Ibadan study of Aging. *Journal of the American Geriatrics Society* 56(11): 2033-2038.
- Gomez, G. E. and Gomez, E. A. (1993). Depression in elderly. *Journal of psychosocial Nursing* 31(5): 28-33
- 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 Society clinical* 6: 278-296.
- Hay, R.d., Well, K.b., Sherbourne, C.d., Roger, w. and Spritzer, K. (1995). Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Archives General Psychiatry* 52: 11-19.
- Haley, S. M., Jette, A. M., Coster W.J., Kooyoomjia, J. T., and Dubuc, N., (2002). The Late Life Function And Disability Instrument: II development and evaluation of the function component. *Journal Gerontol* 57: M209-M216. Available from <http://www.tandf.co.uk/journals>. [2010 September 22].
- Haruma Saito, Kaori Ichikawa, Testuo et al. (2008). Changes in activity of daily living during treatment of late – life depression. *Journal of affective disorders* 77: 53-64 .

- Hannegen. (1989). Transient cognitive changes after craniotomy. *Journal of Neurosciences Nursing* 2,(3): 165-170.
- Hebert, Brayne and Spiegelsater. (1997). Incidence of functional decline and improvement in a community dwelling, very elderly population *American Journal Epidemiol* 145(10): 935-944.
- Hoffman, L. V., Paris, S. and Hall, E. (1988). *Developmental Psychology Today*. 5th ed. New York: McGraw-Hill Inc.
- Hooyman and Kiyak. (1991). *Social gerontology: A multidisciplinary perspective*. 2nd ed. USA: Allyn and Bacon. dysfunction, and disability with major depression symptoms in an elderly sample. *American Journal Psychiatry*, 151: 1600-1604.
- House, J. S., Strecher, V., Metzner, H. L., & Robbins, C.A. (1986). Occupational stress and Health among men & woman in the Tecumseh Community health study. *Journal of Health & Social Behavior* 27: 62-77.
- Inkoom Jirawan. (2006). *Acausal model of functional performance in elderly*. Dissertation for the Degree of doctor, Nursing Science. Chulalongkorn University.
- Jiang, W., Krishnan, R.R. and O'Connor, C. M. (2002). Depression and heart disease: evidence of a link, and its therapeutic implication. *CNS Drug* 16: 111-127.
- Jacob, K. S., et al. (2002). A Randomised controlled trial of an educational intervention for Depression among asian women in primary care in the united kingdom. *International Journal of Social Psychiatry* 48(2): 139-148.
- Jacoby, R. (1997). *Psychiatry in elderly*. (2nd ed.). Oxford: oxford University press.
- Jacobson, D.E. (1986). Type & timing of social support. *Journal of Social Behavior* 27(9): 250-264
- Johnson, S. L., et al. (2007). Does Processing of Emotional Stimuli Predict Symptomatic Improvement and Diagnostic Recovery From Major Depression. *American Psychological Association* 7(1): 201-206.
- Judd, L. L., et al. (1998). Major Depression disorder: A prospective study of residual sub threshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *Journal of Affective Disorder* 5: 97-108.

- Jette, Haley and Kooyoomjian .(2002). *Late – life function and disability instrument*. Roybal center for the enhancement of late –life function. Boston University.
- Jitapunkul. (1994). Disability: the elderly problems. *Chula Medicine Journal* 38(2): 68-75
- Jitapunkul, Kamolratanakul and Ebrahim. (1994). The meaning of activity daily living in a Thai elderly population: Development of a new index . *Age Aging* 2: 97-101.
- Jitapunkul and Bunnag. (1992). Death and discharge from the department of medicine Chulalongkorn hospital.*Chula Med Journal* 36: 839-844.
- Jitapunkul. (1992). Geriatric Medicine. *Chula Med Journal* 36: 821-827.
- Jitapunkul, Kamolratanakul, Chandraprasert and Bunnag. (1994). Disability among Thai elderly living in Klong Toey slum. *Journal Med Assoc Thai* 77: 231-238.
- Jitapunkul, Khovidhunkit and Ebrahim. (1993).*Urinary incontinence in Thai elderly : A community study*. Final report submitted to World Health Organization (THADPC 001).
- Kalat. (2005). *Psychology*. 7 nd. USA: Thomson Learning, Inc.
- Kannika. (2003). *Psychological Self-Care Behavior, Hope, and Social Support Among The Elderly In Ratchaburi Province*. A Thesis Submitted In Partial Fulfillment of The Requirement for The Degree of Master of Nursing Science Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Karp, J. K., Skidmore, E., Lotz, M., Lenze, E., Dew, M. A. and Reynolds, C. F. (2009). Use of the late-life function and disability instrument to assess disability in major depression. [Electroniv version]. *Journal of the American Geriatrics Society* 57(9): 1612-1619.
- Katschnig, H.,et al. (2006). *Quality of Life in Mental Disorder*. 2Nd . USA: John Wiley and Son. Ltd.
- Katz , Ford , Moskowitz , Joackson and Jaffe . (1963). Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychological function. *Journal of American Medical Achieve* 5(12): 914-919.
- Keller, C and Fleury, J. (2000). *Health Promotion for The Elderly*. USA: Sage Publications, Inc.
- Kennedy, Kelman, Wisnicwsky, Mctz and Bijur. (1989). Hierarchy of characteristics associated with depressive symptoms in urban elderly sample. *American Journal of psychiatry* 146: 220-225

- Kennedy, Kelman and Thomas. (1989). Persistence remission of depression symptoms in late life. *American Journal of psychiatry* 148: 174-178
- Kennedy, G. (1996). *Suicide and Depression in Late Life*. USA: John Wiley & Son, Ltd.
- Kennedy and Paykel. (2004). Residual symptoms at remission form depression: impact on long-term outcome. *Journal of Affective Disorder* 80: 135-144.
- Kendy, Kelman and Thomas. (1991). Persistence and remission of depressive symptom in late life. *American Journal Psychiatry* 14: 174-178
- Kenedy, Kelman, Thomas et al. (1989). Hierarchy of characteristics associated with depressive symptoms in an urban elderly sample. *American Journal psychiatry*, 164, 220-225.
- Kessler. (2007). The Epidemiology of Major Depressive Disorder. *Journal American Medical Association* 289(23): 3095-3105.
- Keyes, C. L. and Good, S. H. (2006). *Women and Depression*. USA: Cambridge University Press.
- Kessler, Zhao, Blazer and Swartz. (1997). Prevalance, correlates, and Course of Minor depression and Major depression in the National comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders* 45: 19 -30.
- Kiatlaekakul, S. (2005). *Factors related to cognitive status among the elderly Natawee District, Songkhla province*. Master degree in Nursing Science. Prince of Songkhla University.
- Kiosses, Klimstra, Murphy and Alexopoulos. (2001). Executive Dysfunction and Disability in Elderly Patients With Major Depression. *American Journal of Geriatric psychiatry* 9: 269-273.
- Kivela Sirkka-Liisa and Pahkala Kimmo. (2001). Depression Disorder as Predictor of Disability in Old Age. *Journal of America Geriatrics Society*, 49: 290-296.
- Koehn, C. V and Cutcliffe, J.R. (2007). Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: a systemic review of the literature-part one. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14: 143-140.
- Koenig, H.G. and George, L.K. (1998). Depression and Physical Disability Outcomes in Depressed Medically Ill Hospitalized Older Adults. [Electronic version]. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 6(3): 230-247.

- Kondo, N., et al. (2008). Impact of mental health on daily living activities of Japanese elderly. *Preventive Medical* 46: 457-462.
- Kornstein, S. G. and Clayton, A H. (2002). *Women' Mental Health*. USA: A Division of Guilford Publications, Inc.
- Kopec, J. A. (1995). Concepts of Disability: The activity apace model. [Electronic version] *Society. Science. Med* 40(5): 649-656.
- Krahn,D. D.,et al. (2006). PRISM-E:Comparison of Immigrated Care and Enhanced Specialty Referral Models in Depression Outcomes. *Psychiatric Services* 57(7): 946-953.
- Kriegsman, M.W., Deeg, J. H., and Stalman, A. B. (2004). Comorbidity of somatic chronic diseases and decline in physical function: The longitudinal aging study Amsterdam. *Journal of Clinical Epidemiology* 5: 55-65.
- Kruijshaar, M. E., Hoeymans, N., Bijl, R. V., Spijker, J., and Essink-Bot, M. L (2003). Levels of disability in Major Depression: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders* 77(1): 53-64.
- Kurlowicz, L.J. (1997). Nursing standard of practice protocol: Depression in elderly patients. *Geriatric Nursing* 18(5): 192-199.
- Larner. (2008). *Neuropsychological Neurology: The Neurocognitive Impairments of Neurological Disorders*. USA: Cambridge University Press.
- Langlois, A., Maggi, S., Harris, T., Simonsich, M., Ferruccu, L., Pavan, M., et al. (1996). Self-report of difficulty in performing function activities identifies a broad range of disability in old age.[Electronic version]. *Journal of American Geriatrics Society* 44: 142-128.
- LaPier, T. K. and Mizner, R. (2009). Research Corner Outcome Measures in Cardiopulmonary Physical Therapy: Focus on the Late-Life Function and Disability Instrument (LLFDI). [Electronic version]. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal* 20: 32-35.
- Laukkanen, P., Sakari-Rantala, R., Kanppinen, M., and Heikkinen, E. (1997). Morbidity and disability in 75-and 80-year-old man and woman: A five-year follow-up. *Scand Journal of Social Medication Supplement* 53: 79-106.

- Lemeshow, S., Hosmer, D.W., Klar, J., and Lwanga, S.K. (1990). *Adequacy of sample size in the health studies*. West Sussex: John Wiley and son, 74.
- Leon, F., Beckett, A., Fillenbaum, G., Brock, B., Branch, G., Evans, A., et al. (1997). Black-white differences in risk of becoming disabled and recovering from disability in old age, a longitudinal analysis of two EPESP populations. *American Journal Epidemiology* 145(6): 488-497.
- Lenze, E.J., Rogers, J.E., Martire, L.M. et al. (2001). The association of late-life depression and anxiety with physical disability: A review of the literature and prospectus for future research. *American Journal of Geriatric psychiatry* 9: 113-135.
- Lenze, E.J., Schulz, R., Martire, L.M. et al. (2005). The course of functioning decline in older people with persistently elevated depressive symptoms: longitudinal findings from the Cardiovascular Health Study. *Journal American Geriatric Society* 53; 569-575.
- Leidy, N. K. (1993). Functional status and the forward progress of Merry-Go-Round : Toward a coherent analytical framework. *Nursing Research* 43, 196-202.
- Lewinsohn, P. M., et al. (1994). *The coping with depression course*. USA: Wiley- VCH Berlag GmbH and Co.KGAA.
- Licino, J. and Wong, Ma-Li. (2005). *Biology of Depression volume 1*. USA: Wiley-VCH Verlag GmbH and co. KGaA.
- Linn B.S., Linn M.W. and Gurel L. (1968). Cumulative Illness Rating Scale. *Journal American Geriatric Society* 16: 622-626.
- Lowton, M. p. and Brody, E.. (1969). The functional assessment of elderly people. *Journal of American Geriatrics Society* 14(6): 465-480.
- Luft, P., and Koch, L.C. (1998). Transition of adolescents with chronic illness: Overlooked needs and rehabilitation considerations. *Journal of Vocational Rehabilitation* 10(3): 205-217.
- Lyness, J.M., Caine, E.D., Conwell, Y., King, D.A. and Christopher, C. (1993). Depression symptoms medical illness and functional status in depressed psychiatric inpatients. *American Journal Psychiatry* 150: 910-915.
- Makides, K.s., Stroup-Benham, C.A., Goodwin, J.S., Perkowski, L.C., Lichtentein, M., and

- Ray, L.A. (1996). The effect of medical condition on the functional limitation of Mexican- American elderly. *Annual Epidemiology* 6: 386-391.
- Merikangas, Ames, Cui, L. et al. (2007). The impact of comorbidity of mental and physical condition on role disability in the US adult household population. *Archives of General Psychiatry* 64: 1180-1188
- Miller, M.D., Paradis, C.F., Houck, P.R. et al., (1992). Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: Application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatry Res* 41: 237-248.
- Minardi, H. A. and Blanchard, M. (2004). Older people with depression: pilot study. *Journal of Advanced Nursing* 46(1):23-32
- Muhlenkamp, A.F. and Sayles, J.A. (1986). Self esteem, Social support and positive health practice. *Nursing Research* 35(6): 334-386.
- Nagi, S.Z. (1965). *Some conceptual issues in disability and rehabilitation*. In: Sussman MB, ed. *Sociology and Rehabilitation*. Washington, DC: U.S. Department of Health Education and Welfare 100-113.
- Nagi, S.Z. (1991). Disability concepts revisited: implications for prevention In: Pope AM, Tarlov AR, eds. *Disability in America: Toward a National Agenda for Prevention*. Washington, DC: National Academy Press 309-327.
- Nair, N., Vijayakrishnan. *The Elderly*. World Health Organization. (26 November 1986).
- National Statistic Office. (2002). *Report on population Characteristics the 2005-2006 survey of population change*. Bangkok: Thai National Statistical Office.
- Neese, J.B. (1991). Depression in the general hospital. *Nursing Clinics of North America* 26(3): 613-622.
- Norbeck, J. S. (1985). Types and sources of social support for managing job stress in critical care nursing. *Nursing Research* 34(4): 225-230.
- 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.

- Oldehinkel, A.J., Bouhuys, A.L., Brilman, E.I. and Ormel, J. (2001). Functional Disability and Neuroticism as Predictors of Late-Life Depression. [Electronic version]. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 9(3): 241- 248
- Payman, V., George, K. and Ryburn, B. (2008). Religiosity of depressed elderly inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23(1): 16-21.
- Peres, S., Verret, C., Alioum, A. et al. (2005). Disablement process: factors associated with progression of disability and recovery in French elderly people. *Disability Rehabilitation* 27: 263-277.
- Pope, A.M. and Tarlov, A.R.(Eds). (1991). *A model for disability and prevention. In: Disability in America. Toward a National Agenda for Prevention* National Academy Press, Washington, DC. Available from , http://openlibrary.org/books/OL1537235M/Disability_in_America. [2010 November 2]
- Pope, A.M. and Tarlov, A. R.,(2008). Editors. *Committee on a national Agenda for the Prevention of Disability*. Institute of Medicine.
- Research Unit of The Royal College of Physicians of London and the British Geriatrics society. (1992). *Standardized assessment scale of elderly people*. The Royal College of Physicians of London and the British Geriatrics society.
- Rogers, J. C., Holm, M. B., Raina, K. D., Dew, M. A., Shih, Min-Mei, Begley A. et al. (2010). Disability in late-life major depression: Patterns of self-reported task abilities, task habits, and observed task performance.[Electronic version]. *Psychiatry Research* in press.
- Roose, S. P. and Sackeim, H. A. (2004). *Late-Life Depression*. USA: Oxford University Press.
- Sayer, S. P., Jette, J. M., Haley, S. M., Heeren, T. C., Guralnik, J. M. and Fielding ,R. A. (2004). Validation of the Late- life Function and Disability Instrument [Electronic version]. *Journal of American Geriatrics Society* 52: 1554-1559
- Schillertrom, J.E., Royall, D.R. and Palmer, R.F. (2008). Depression, Disability and Intermediate Pathway: A Review of Longitudinal Studies in Elders. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 21(3): 183-197.
- Sher, Y., Lolak, S. and Maldonado, J. R. (2010). The impact of Depression Heart Disease. [Electronic version]. *Curr Psychiatry Rep* 12: 255-264.

- Sonn, U., Grimby, G. and Grimly. (1995). Instrumental activities of daily living related to impairment and functional limitations in 70-years-olds and changes between 70 and 76 years of age. *Scand Journal Rehabilitation Medicine* 27(2): 119-128.
- Sonn, U., Grimby, G., and Svanborg. (1996). Activity of daily living studied longitudinally between 70 and 76 years of age. *Disability and Rehabilitation* 18: 91-100.
- Stuart, G. W. and Laraia, M. T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 8th. USA: Mosby, Inc.
- Steffens, D. C., Hays, J. C. and Krishnan, K. r. (1999). Disability in geriatric depression. [Electronic version]. *American Journal of Geriatr psychiatry* 7: 34-40
- Stone, Herbert, Chrisostomon, Vessey & Horwool. (1993). The assessment of disability in patients on an acute medical ward for elderly people. *Disability and Rehabilitation* 15(1): 35-37.
- Thoits, P. (1983). Multiple indentifies & psychology well-being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis, *American Sociological Review* 48: 147-187.
- Tsai and Yun-fang. (2007). Self- care Management and Risk Factors for Depression Symptoms Among Taiwanese Institutionalized Older Person [Electronic version]. *Nursing Research* 56(2):124-131.
- Tze-pin, Mathew Niti, Peak- Chang Chiam and Ee- heok Kua. (2006). Prevalence and Correlates of Functional Disability in Multiethnic Elderly Singaporeans. Change [Electronic version]. *Journal of American Geriatrics Society* 54: 21-29.
- Verbrugge, L.M. (1990). Disability. Rhey. *Dis Clin North American journal articles* 16,741.
- Verbrugge, L.M. and Jette, S.Z. (1994). The disablement process. *Soc Sci Med* 38(1), 1-14.
- Verbrugge, L.M. (1997). A Global Disability Indicator. [Electronic version]. *Journal of aging studies* 11(4), 337-362.
- Vink, D., et al. (2008). Risk factors for anxiety & depression in the elderly: A Review. *Journal Of Affective Disorder* 106:29-44
- Von koff, M., Ormel, J., Katon, W. and Lin, E. (1992). Disability and depression among high utizers of health care: A longitudinal analysis. [electronic version]. *Archives of General Psychiatry* 49: 91-100.

- Well, K.B., Stewart, A., Hays, R., Burnam, M.A., Rogers, W., Daniels, M. et al. (1989). The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association* 262: 914-919.
- Weinert, C. and Brandt, P.A. (1987). Measuring social support with the personal resource questionnaire. *Western Journal of Nursing Research* 9(4):589-602.
- Williamson, D., and Fried, P.. (1996). Characterization of older adults who attribute functional decrements to "ole age". *Journal of American Geriatric Society* 44: 429-434.
- WHO. (1980). *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps*. World Health Organization: Geneva.
- WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: WHO, .
- WHO. (2002). *The world Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2007). What is depression ?. Available from http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ [2010 September10]
- Zeiss, Lewinsohn, Rohde et al. (1996). Relationship of Physical disease and functional impairment to depression in older people. *Psychologist Aging* 11, 572-581.
- Zung, W.W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 12: 63-67.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และรายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และรายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. ผศ. ดร. ชณิตา ประดิษฐ์สถาพร | อาจารย์ประจำภาควิชา สาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร วิทยาเขต เพาะ |
| 2. ดร. วิภาวี เผ่ากัณฑ์กร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำศูนย์วิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 3. นายแพทย์ พลภัทร โล่เสถียรกิจ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษหัวหน้าศูนย์วิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 4. นายแพทย์ ปาทานนท์ ขวัญสนิท | นายแพทย์ชำนาญการ หัวหน้าคลินิกซึมเศร้า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 5. นางสกาวัฒน์ พวงลัดดา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา |

รายนามผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. นางสาว กิ่งดาว ศรีวรรณันท์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ประจำสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 3. นายแพทย์ พลภัทร โล่เสถียรกิจ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษหัวหน้าศูนย์วิจัย
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 3. นางสาวณัฐพร อุ๋นหิรัญสกุล | อักษรศาสตร์บัณฑิต (ภาษาอังกฤษ) นักแปล ประจำ
บริษัทกฎหมาย คำธร สุขะขง แอนด์สมส์คี้ จำกัด |
| 4. นางสาว อังคณา ทองพูล | อักษรศาสตร์บัณฑิต (ภาษาอังกฤษ) นักแปลและล่าม ฝ่าย
กองบรรณาธิการ บริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิช
ซิ่ง จำกัด (มหาชน) |

เอกสารเชิญผู้เชี่ยวชาญ

ที่ ศธ 0512.11/ 486

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

7 มีนาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

เนื่องด้วย นางนภา จิรัฐจินตนา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวกิ่งดาว ศรีวรรณท์ เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาศาสตร์ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวกิ่งดาว ศรีวรรณท์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิสิต

นางนภา จิรัฐจินตนา โทร. 08-5341-9880

เอกสารเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ที่ ศธ 0512.11/ 487

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

7 มีนาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนภา จิรัฐจินตนา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| 1. นายแพทย์ พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| 2. นายแพทย์ ปธานนท์ ขวัญสนิท | นายแพทย์ชำนาญการ |
| 3. ดร. วิภาวี เผ่ากัณฑ์ทรากร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์ พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, นายแพทย์ ปธานนท์ ขวัญสนิท
และ ดร. วิภาวี เผ่ากัณฑ์ทรากร

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิสิต

นางนภา จิรัฐจินตนา โทร. 08-5341-9880

ที่ ศร 0512.11/ ๒๕๕๗

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๗ มีนาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร วิทยาเขตพะเยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนภา จิรัฐจินตนา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชณิตา ประดิษฐ์สถาพร เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตำแหน่งเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชณิตา ประดิษฐ์สถาพร

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิสิต

นางนภา จิรัฐจินตนา โทร. 08-5341-9880

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๕๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

7 มีนาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริสัญญา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนภา จิรัฐจินตนา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวรัตน์ พวงลัดดา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวรัตน์ พวงลัดดา

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

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

ชื่อนิสิต นางนภา จิรัฐจินตนา โทร. 08-5341-9880

ภาคผนวก ข
การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการกำหนดอำนาจทดสอบ

Correlation Coefficient Power Analysis

Page 1

Time/Date 17:07:36 06-23-2011

Numeric Results for Ha: R0<>Ra

Power	N	Alpha	Beta	R0	Ra
0.99016	254	0.01000	0.00984	0.00000	0.30000
0.95080	189	0.01000	0.04920	0.00000	0.30000
0.90074	158	0.01000	0.09926	0.00000	0.30000
0.80278	125	0.01000	0.19722	0.00000	0.30000**
0.99027	195	0.05000	0.00973	0.00000	0.30000
0.95040	138	0.05000	0.04960	0.00000	0.30000
0.90081	112	0.05000	0.09919	0.00000	0.30000
0.80034	84	0.05000	0.19966	0.00000	0.30000
0.99005	167	0.10000	0.00995	0.00000	0.30000
0.95012	115	0.10000	0.04988	0.00000	0.30000
0.90206	92	0.10000	0.09794	0.00000	0.30000
0.80329	67	0.10000	0.19671	0.00000	0.30000

ภาคผนวก ค

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย
โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ชื่อผู้วิจัย นางนภา จิรัฐจินตนา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ติดต่อ 112 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ถ. สมเด็จเจ้าพระยา
เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600

ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความ
จำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่าน
จะต้องทำอย่างไร รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ดังนี้

1. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะทุพพลภาพของ
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เป็นอย่างไร

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่

2.1 เพื่อศึกษาระดับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยที่ร่วมพยากรณ์ระหว่าง เพศ อายุ การ
เจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะทุพพลภาพ
ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

3. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจาก
จิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกของ
โรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ

3.1 เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

3.2 สามารถเข้าใจภาษาไทย และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมใน
การให้ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยจำนวน 150 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมใน
การวิจัย ได้แก่ โรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสถาบัน
กัลยาณ์ราชนครินทร์ เนื่องจากเป็นสถาบันหรือโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร
การวิจัยอีกทั้งโรงพยาบาลมีขนาดใหญ่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช และเป็นโรงพยาบาลระดับ
ตติยภูมิที่เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลจิตเวชที่สังกัดกรมสุขภาพจิตที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชทั่ว

ประเทศครอบคลุมการให้บริการทั้ง 4 มิติ โดยทำการจับฉลากเลือกวันในการไปเก็บข้อมูลทั้ง 3 โรงพยาบาลเป็นเวลา 10 สัปดาห์ และเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกรายในวันที่จับฉลากไว้จนครบ 150 ราย

4. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เรื่องปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้ คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระยะเวลาเจ็บป่วย ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และ ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะทุพพลภาพด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคลและการแสดงบทบาททางสังคม ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย คือ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวัดระดับภาวะทุพพลภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพในการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างเหมาะสม และเป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เน้นด้านการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุต่อไป

6. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ได้ที่เบอร์โทร 0-2437-0200

7. ในการขอข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อนที่จะทำการศึกษาและได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยแล้วเท่านั้น

8. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

9. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-22188147 โทรสาร 0-22188147 E-mail: eccu@chula.ac.th

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ชื่อผู้วิจัย นางนภา จิรัฐจินตนา สถานที่ทำงาน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โทร 0-2437-0200

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องให้ข้อมูล และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 15 - 25 นาที และได้ทราบถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุถึงตัวข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้วิจัยส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพของข้าพเจ้าแก่ทีมสุขภาพจิตดูแลให้การพยาบาล ให้คำปรึกษาเบื้องต้น ที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาของข้าพเจ้าได้

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(นางนภา จิรัฐจินตนา)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้ยินยอมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยาน

พยาน

ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยเรื้อรัง

คำชี้แจง แบบบันทึกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่าน
กรุณาตอบตามความเป็นจริง

1. เพศ (....) ชาย (....) หญิง
2. อายุ ปี (นับจำนวนปีเต็ม มากกว่า 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)
3. สถานภาพสมรส
 (....) โสด (....) คู่ (....) หย่า / หม้าย
4. รายได้
 (....) ไม่พอใช้ (....) พอใช้
5. ระดับการศึกษา
 (....) ไม่ได้เรียน (....) อนุปริญญา/ปวส.
 (....) ประถมศึกษา (....) ปริญญาตรี
 (....) มัธยมศึกษา (....) สูงกว่าปริญญาตรี
6. อายุที่เริ่มป่วย.....ปี
7. ระยะเวลาเจ็บป่วย.....ปี (มากกว่า 6 เดือนนับเป็น 1 ปี)
8. โรคประจำตัว (มีอาการของโรคตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป)
 (....) ไม่มี
 (....) มี ให้ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ผู้สัมภาษณ์ประเมินจากที่ผู้ป่วยบอกและการสังเกตร่วมด้วย คำถามมีจำนวนทั้งหมด 17 ข้อ โปรดใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟังแต่ละข้อว่าตรงกับเข้าใจของท่าน โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

THAI HRS-D 17

HAMILTON RATING SCALE FOR DEPRESSION (THAI VERSION) 17 items

1. อารมณ์ซึมเศร้า (เศร้าใจ, สิ้นหวัง, หมดหนทาง, ไร้ค่า)

0 ไม่มี

1 จะบอกภาวะความรู้สึกนี้เมื่อถามเท่านั้น

2 บอกภาวะความรู้สึกนี้ออกมาเอง

3 สื่อภาวะความรู้สึกนี้โดยภาษากาย ได้แก่ การแสดงสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง และมักร้องไห้

4 ผู้ป่วยบอกเพียงความรู้สึกนี้อย่างชัดเจน ทั้งการบอกออกมาเองและภาษากาย

2. ความรู้สึกผิด

0 ไม่มี

1 ตีเถียนตนเอง รู้สึกตนเองทำให้ผู้อื่นเสียใจ

2 รู้สึกผิดหรือครุ่นคิดถึงความผิดพลาดหรือการก่อกรรมในอดีต

3 ความเจ็บป่วยในปัจจุบันเป็นการลงโทษ มีอาการหลงผิดว่าตนผิด

4 ได้ยินเสียงกล่าวโทษหรือประณาม และ/หรือเห็นภาพหลอนที่ข่มขู่คุกคาม

.

.

17. อาการหยิ่งเห็นถึงความผิดปกติกว้างของตนเอง

0 ตระหนักว่าตนเองซึมเศร้าและเจ็บป่วย

1 ตระหนักว่าตนเองกำลังเจ็บป่วยแต่โยงสาเหตุกับอาหารที่ไม่คุณค่า ดินฟ้า อากาศ การทำงานหนัก ไวร้ส การต้องการพักผ่อน ฯลฯ

2 ปฏิเสธการเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง

3 มีการแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่รุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบสอบถามชุดนี้สอบถามเกี่ยวกับ การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนๆ ตลอดจนผู้ใกล้ชิดเมื่อท่านเกิดปัญหาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องคำตอบทางขวามือให้ตรงกับความจริง ตามความรู้สึกของท่านต่อการได้รับการช่วยเหลือหรือการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนในข้อความนั้นๆ คำตอบนี้จะไม่มีถูกหรือผิด หมายเลขเหล่านี้มีความหมายดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	7
เห็นด้วย	6
ค่อนข้างเห็นด้วย	5
ไม่แน่ใจ	4
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	1

ข้อ	ข้อความ	ความคิดเห็น	สำหรับ ผู้วิจัย
1	ฉันมีคนที่ยืนอยู่ด้วยแล้วรู้สึกปลอดภัย	7 6 5 4 3 2 1	
2	ฉันอยู่ในกลุ่มคนที่ให้ความสำคัญแก่ฉัน	7 6 5 4 3 2 1	
3	คนอื่นมักจะบอกให้ฉันรู้ว่า ฉันเป็นคนทำงานดี ไม่ว่าจะป็นงานอาชีพหรืองานบ้าน	7 6 5 4 3 2 1	
-			
-			
-			
-			
25	หากฉันป่วยจะมีคนให้คำแนะนำฉันในการดูแลสุขภาพของตนเอง	7 6 5 4 3 2 1	

ส่วนที่ 4. แบบวัดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะทุพพลภาพในบทบาทส่วนบุคคลและบทบาทที่เกี่ยวข้องกับสังคม มีจำนวนทั้งหมด 16 ข้อ โปรดใส่เครื่องหมาย

(✓) ลงในช่องที่ตรงกับผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟังแต่ละข้อว่าตรงกับความสามารถของท่านบ่อยเพียงใด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

- 5 = บ่อยมาก
 4 = บ่อยๆ
 3 = บางครั้ง
 2 = แทบจะไม่เคย
 1 = ไม่เคย

ข้อ	ข้อความ	ความถี่	สำหรับผู้วิจัย
1	ท่านยังคงติดต่อกับบุคคลอื่นผ่านทางจดหมาย โทรศัพท์ หรือ อีเมล	5 4 3 2 1	
2	ท่านได้ไปเยี่ยมเยียนเพื่อนและครอบครัวที่บ้านของพวกเขา	5 4 3 2 1	
3	ท่านให้การดูแลหรือให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น รวมถึง การเตรียมการดูแลส่วนบุคคล การไปรับ-ไปส่ง และเป็นธุระให้กับสมาชิกครอบครัวหรือเพื่อน	5 4 3 2 1	
-			
-			
-			
16	ท่านได้เตรียมอาหารให้แก่ตัวท่านเอง เช่น การวางแผน การทำอาหาร การบริการ และ การทำความสะอาด	5 4 3 2 1	

ภาคผนวก ง
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการคำนวณหาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ

การคำนวณหาความสอดคล้องภายในของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมและแบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยสูงอายุ คือ สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547)

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

- α หมายถึง ค่าความสอดคล้องภายใน
- n หมายถึง จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัด
- $\sum S_i^2$ หมายถึง ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
- S_i^2 หมายถึง ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ค่าร้อยละ (Percentage) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547)

$$\text{ร้อยละ} = \frac{\text{ความถี่} \times 100}{\text{จำนวนรวมทั้งหมด}}$$

ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

- \bar{X} หมายถึง ค่าเฉลี่ยเลขคณิต
- $\sum X$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
- N หมายถึง จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

$$S.D. = \sqrt{\frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

- S.D. หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 $\sum X$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum X^2$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อยกกำลัง
 n หมายถึง จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation) มีสูตรการคำนวณดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

$$r = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[\sum X^2 - (\sum X)^2][\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

- r คือสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน
 N คือจำนวนคู่ของคะแนน
 $\sum XY$ คือผลรวมของผลคูณของคู่คะแนนทั้งหมด
 $\sum X$ คือผลรวมของคะแนนในชุดตัวแปร X
 $\sum Y$ คือผลรวมของคะแนนในชุดตัวแปร Y

ภาคผนวก จ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์
ด้วยสถิติเพียร์สันและถดถอยพหุคูณ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติเพียร์สัน และถดถอยพหุคูณ

1. Test of Normal Distribution

ตารางที่ 16 ตาราง Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ภาวะทุพพลภาพ กลับค่า คะแนน	.053	144	.200*	.986	144	.168

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

ภาวะทุพพลภาพ กลับค่าคะแนน Stem-and-Leaf Plot

Frequency Stem and Leaf

1.00	1 . 6
4.00	2 . 0024
7.00	2 . 5567889
7.00	3 . 0002334
19.00	3 . 556667778888888999
16.00	4 . 0011111122233333
19.00	4 . 5556666666788889999
20.00	5 . 00001111111222234444
11.00	5 . 55667777788
14.00	6 . 00001111223444
12.00	6 . 555667888999
10.00	7 . 0002222233
3.00	7 . 566
1.00	8 . 0

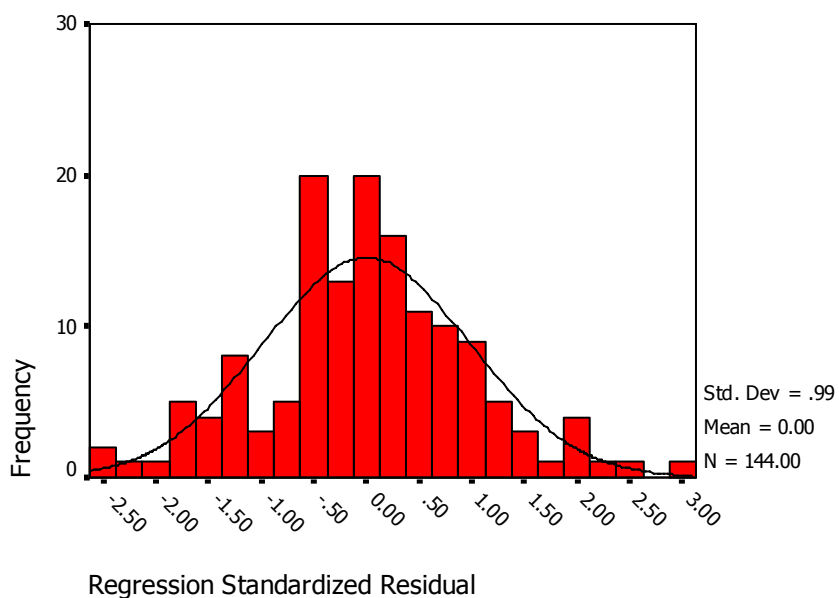
Stem width: 10

Each leaf: 1 case(s)

แผนภาพที่ 3 กราฟลำต้นและใบของการแจกแจงข้อมูลของคะแนนภาวะทุพพลภาพ

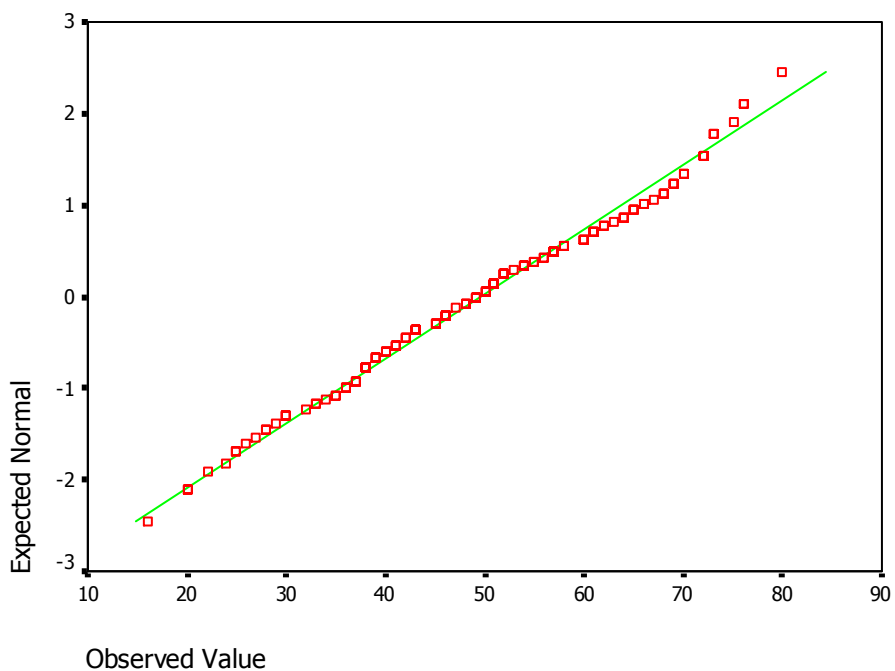
Histogram

Dependent Variable: ÀÒÇÐ·Ø³¼¾ÀÒ¾ ìÑ°èè

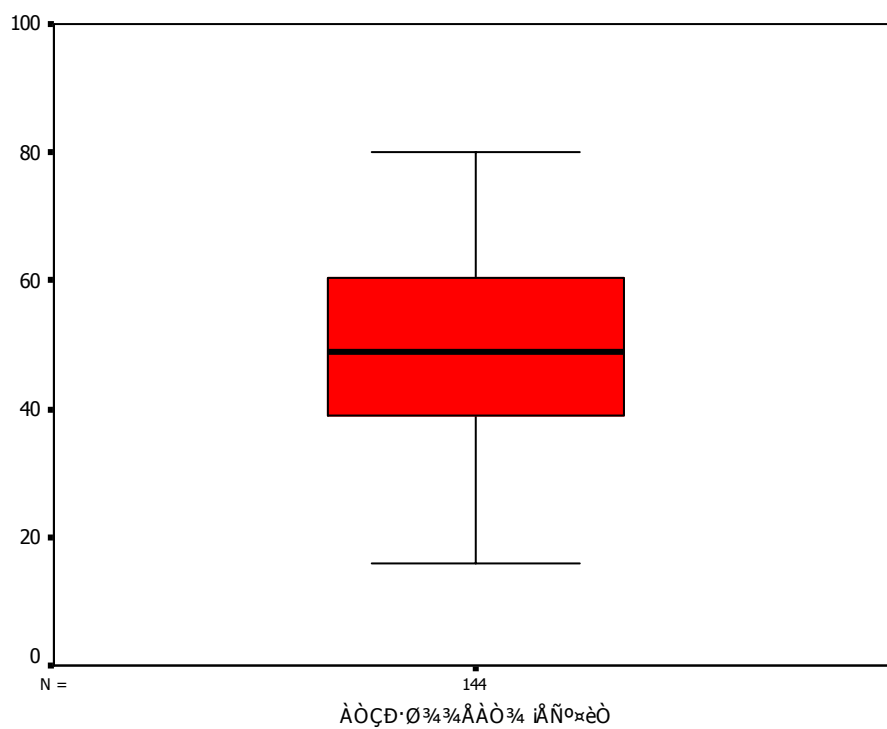


แผนภาพที่ 4 แผนภาพฮิสโตแกรม ของการแจกแจงข้อมูลภาวะทุพพลภาพ

Normal Q-Q Plot of ÀÒÇÐ·Ø³¼¾ÀÒ¾ ìÑ°èè



แผนภาพที่ 5 Normal Q-Q plot การกระจายตัวของภาวะทุพพลภาพ



แผนภาพที่ 6 แผนภาพ Box plot แสดงการแจกแจงข้อมูลภาวะทุพพลภาพ

ภาคผนวก ฉ
หนังสืออนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์

หนังสืออนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต 5277805236
 ชื่อ-นามสกุล นางนภา จีรัฐจินตนา .
 สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคนอกเวลาราชการ)
 ประธานกรรมการสอบ ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์
 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา
 ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ สลโกสม
 ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 (SELECTED FACTORS RELATED TO DISABILITY AMONG OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER)
 ครั้งที่อนุมัติ 9/2553
 ระดับ ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต 5277810336
 ชื่อ-นามสกุล นางบุญเยี่ยม คำชัย
 สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคนอกเวลาราชการ)
 ประธานกรรมการสอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี
 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ
 ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต
 ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวน
 สองขั้ว
 (THE EFFECT OF GROUP PSYCHOEDUCATION ON QUALITY OF LIFE IN PERSONS WITH BIPOLAR DISORDER)
 ครั้งที่อนุมัติ 9/2553
 ระดับ ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต 5277824136
 ชื่อ-นามสกุล นางสุนันทา นวลเจริญ
 สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคนอกเวลาราชการ)
 ประธานกรรมการสอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี
 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย
 ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต
 ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแล
 บุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
 (THE EFFECT OF PROMOTING PERCEIVED SELF-EFFICACY PROGRAM ON DEPENDENT CARE AGENCY AMONG CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS)
 ครั้งที่อนุมัติ 9/2553
 ระดับ ปริญญาโท

พี่นุ อธิบาย
 19 ม.ค. 54

ภาคผนวก ช
หนังสืออนุมัติการการใช้เครื่องมือนอกคณะ

แบบวัด Hamilton rating scale for Depression ฉบับภาษาไทย



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
 โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑๑๙๒๙ โทรสาร ๐๒-๓๕๔๗๒๕๙

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๕/๕๐๕

วันที่ ๑๙ มิถุนายน ๒๕๕๔

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๔๘๔ ลงวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๕๔

ตามหนังสืออ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งความประสงค์ว่า นางนภา จีรัฐจินตนา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย ของ รongศาสตราจารย์มาโนช หล่อตระกูล, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปราโมทย์ สุขนิษฐ์ และรองศาสตราจารย์จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อประกอบทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ” นั้น

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีอนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ฯ ดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์มาโนช หล่อตระกูล)

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม นำสู่คุณภาพ

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

13/07/2011 01:38 053892231

GRADUATE SCHOOL CMU

PAGE 01



ที่ ศธ ๖๓๙๓(๒๓)/๒๕๕๑

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว อำเภอเมือง
จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๔

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง ที่ ศช ๐๕๑๒.๑๑/๔๔๓ ลงวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๕๔

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์จะขออนุญาตให้
นางนภา จิรัฐจินตนา นิสิตชั้นปริญญาโทมาหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของ ชมนาค วรรณพรศิริ ไปใช้ใน
งานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินยอมอนุญาตให้นำ
เครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สรศักดิ์ สิริตันาวดี)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา

โทร. ๐๕๓-๙๔๒๔๒๓

โทรสาร ๐๕๓-๙๔๒๔๓๕

แบบประเมินภาวะทุพพลภาพ

From: napa jareunrat [mailto:noknapaj@yahoo.com]

Sent: Thursday, July 22, 2010 11:37 AM

To: Jette, Alan

Subject: I want to use your LATE – LIFE FUNCTION AND DISABILITY INSTRUMENT

To...Mr. Stephen P. Sayers,PhD, Mr.Alan M.Jette, PT, PhD, Mr.Stephen M. Haley, PT,PhD et al.

I am a graduate nursing student in the field of psychiatric mental health nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand. I read your article about "Validation of the Late – Life Function and Disability Instrument . Right now, I am writing a proposal for my study thesis on Selected relate Functional ability and disability Among elderly with major depression. and want to use your LATE – LIFE FUNCTION AND DISABILITY INSTRUMENT. I would like to ask your permission to use this instrument. What do you suggest me? Thank you very much. I am forward to looking from you soon.

From... Napa Jiratjintana

From: Alan Jette

Sent: Wednesday,July 23,2010

To: napa jareunrat

Subject: Permission granted.

Alan M Jette, PT, PhD

Director

Health & Disability Research Institute,

BU School of Public Health

715 Albany St., T5W

Boston, MA 02118

(o) 617 638-1985

(c) 617 312-2155

ภาคผนวก ซ
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ผลการประเมินจริยธรรมสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา



เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ผู้ดำเนินการวิจัยโดย นางนภา จิรัฐจินตนา

สถานที่ดำเนินการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ระยะเวลาดำเนินการ พฤศจิกายน ๒๕๕๒ - เมษายน ๒๕๕๔

เอกสารที่อนุมัติ

โครงการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ"

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ได้พิจารณาโครงการแล้ว คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

(นายสินเงิน สุขสมปอง)

ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ผลการพิจารณาจริยธรรมสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ที่ สธ ๐๘๐๘.๙/ ๑๙๓๒



สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
๒๓ หมู่ ๘ ถนนพุทธมณฑลสาย ๔
เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๗๐

๒๙ เมษายน ๒๕๕๔

เรื่อง สรุปผลการประชุมโครงการวิจัยที่ดำเนินการเก็บข้อมูลในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๕๔๓ ลงวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๕๔

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอความอนุเคราะห์ให้นางนภา จิรัฐจินตนา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ” โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน ๑๕ คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยเรื้อรัง แบบวัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ดังรายละเอียดที่แจ้งแล้ว นั้น

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคนของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ได้ดำเนินการพิจารณาและเห็นควรให้นิสิตดังกล่าว สามารถดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างได้ตามที่กำหนด โดยประสานงานกับนางสาวสำราญ บุญรักษา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิริศักดิ์ ธิติติลกรัตน์)

ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

กลุ่มพัฒนาวิชาการและจัดการความรู้

โทร ๐ ๒๘๘๙ ๙๐๖๖ ต่อ ๑๕๓๗

โทรสาร ๐ ๒๘๘๙ ๙๐๘๓

ผลการประเมินจริยธรรมโรงพยาบาลศรีธัญญา



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการด้านการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญา โทร. ๒๑๓๑, ๒๑๓๗

ที่ สธ.๐๘๐๗.๒๒/๕๖ วันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลศรีธัญญา

เรียน นางนภา จิรัฐจินตนา

ตามหนังสือที่ สธ ๐๕๑๒.๑๑ / ๐๕๔๓ และที่ สธ ๐๕๑๒.๑๑ / ๐๕๔๔ ลงวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๕๔ จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม” นั้น

บัดนี้ ขอแจ้งว่าการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการด้านการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญา เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๕๔ โดยคณะกรรมการฯ มีมติให้การรับรองตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ หลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) และให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลศรีธัญญาได้ โดยดำเนินการดังนี้

๑. ผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตัวเองที่แผนกผู้ป่วยนอก
๒. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือจำนวน ๗๐ คน โดยเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วย
๓. ให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเวลา ๒ เดือน คือ วันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๔ - ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๔)
๔. ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยนำเอกสารแจ้งผลการพิจารณานี้ แสดงต่อหน่วยงานที่ต้องการเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการ
๕. หลังจากดำเนินการศึกษาวิจัยเสร็จสิ้น กรุณาส่งเอกสารฉบับสมบูรณ์จำนวน ๒ เล่ม ที่ฝ่ายวิจัยโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อเผยแพร่ต่อไป
๖. คณะกรรมการด้านวิจัยฯ มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับ/ ติดตามการดำเนินการวิจัยให้เป็นไปตามจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

ลงนาม.....
(แพทย์หญิงอรพรรณ ศิลปกิจ)
ประธานคณะกรรมการด้านการวิจัย
และจริยธรรมการวิจัยในคน
วันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๔

ลงนาม.....
(นายแพทย์ศักดิ์ กาญจนาวโรจน์กุล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา
วันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๔

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางนางนภา จิรัฐจินตนา เกิดวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ.2516 จังหวัดนครพนม สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ระดับต้น) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรีรัษฎา เมื่อ พ.ศ. 2537 พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยเซนต์หลุยส์เมื่อ พ.ศ. 2546 เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ.2552 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกจิตเวชฉุกเฉิน กลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02- 4370200-8 ต่อ 3137-8, 4161 (บ้าน) 02- 8799767 (มือถือ) 085- 4319880 ที่อยู่ 142/ 1 หมู่บ้านรัตนมัย 3 ถนนสวนผัก 32 ต. มหาสวัสดิ์ อ. บางกรวย จ. นนทบุรี 11130

ผลงานวิจัย เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ” ได้ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมการพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย ฉบับที่ 3/2554 ซึ่งเผยแพร่ในเดือนธันวาคม 2554