

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร



นางสาวธวัลรัตน์ ศรีวิลาศ

ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO DEPRESSION AMONG ELDERLY MONKS IN BANGKOK
METROPOLIS

Miss Tawanrat Sriwilas

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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสูงอายุในเขต
กรุงเทพมหานคร

โดย

นางสาวธวัลรัตน์ ศรีวิลาศ

สาขาวิชา

สุขภาพจิต


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก


ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ

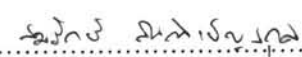
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อติศร ภัทราดุลย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พวงสร้อย วรรณกุล)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(นายแพทย์ สมรักษ์ สันติเบญจกุล)

ธวัชรรัตน์ ศรีวิลาส : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสูงอายุในเขต
กรุงเทพมหานคร. (FACTORS RELATED TO DEPRESSION AMONG ELDERLY
MONKS IN BANGKOK METROPOLIS) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ศ.พญ. นันทิกา
ทวิชาชาติ, 125 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา
ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
เก็บข้อมูลจากพระภิกษุสูงอายุ จำนวน 214 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนจาก
วัดในเขตกรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2)
แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย TMSE (Thai Mental State Examination) ของ กลุ่มฟื้นฟู
สมรรถภาพสมอง และ 3) แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric
Depression Scale) ของ กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, ค่า
ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Chi – square test , t -test, One way ANOVA,
Pearson's product moment correlation coefficient เพื่อทดสอบหาความสัมพันธ์ของตัวแปร
ต่างๆ และใช้ Multiple Linear Regression Analysis หาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสูงอายุ ร้อยละ 12.1 สถานภาพ
สมรส(ก่อนบวช)โสด มีโรคประจำตัว และรายได้ 500 บาทขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 อายุที่เริ่มบวชน้อยกว่า 50 ปี มีความสัมพันธ์กับภาวะ
ซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ พระภิกษุสูงอายุที่มีอายุ 70 – 74 ปี มีจำนวน
พรรษา 31 ปีขึ้นไป สถานภาพเป็นเจ้าของาสวัด และมีระดับการศึกษาปริยัติแผนกธรรมชั้น
นักธรรมศึกษาเอก มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ
พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าและคะแนนทดสอบสมรรถภาพสมองมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต.....ธวัชรรัตน์ ศรีวิลาส.....
สาขาวิชา.....สุขภาพจิต..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
ปีการศึกษา2553.....

5274855030 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS : DEPRESSION / ELDERLY MONKS / BANGKOK METROPOLIS

TAWAN SRIWILAS : FACTORS RELATED TO DEPRESSION AMONG ELDERLY MONKS IN BANGKOK METROPOLIS. ADVISOR : PROF. NUNTIKA THAVICHACHART, M.D., 125 pp.

The purpose of this cross-sectional descriptive study was to study depression and related factors of depression in elderly monks, Bangkok metropolis. Two hundreds fourteen in Bangkok Metropolis were recruited by a multi-stage random sampling technique. The instruments consisted of three following parts; 1) socio-demographic questionnaire, 2) Thai Mental State Examination (TMSE) of Train The Brain Forum Committee 3) Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) of Train The Brain Forum Committee . Data were analyzed using descriptive statistics, Percentage, Mean, standard deviation, Chi-square, t-test, one-way ANOVA, Pearson's product moment correlation coefficient and multiple linear regression analysis for explained demographic data, correlation and predictor of depression in the elderly monks.

The results revealed that prevalence of depression was 12.1. Among the various demographic Data, marital status before ordination (single), have any health problem, income (more than 500 bath) being consultant were correlated with depression at the 0.001 level age of being ordained (less than 50 years old) was correlated with depression at the 0.01 level and age (70 – 74 years old), number of rainy seasons being ordained (more than 31 years), religious status in the temple (Abbot) and level of religious studies (Dhamma : dhamma scholar .advanced level) were correlated with depression at the 0.05 level. Significant negative relationship was found between Thai Mental State Examination scores and depression scores at the 0.01 level.

Department : Psychiatry Student's Signature *Tawannat Srinilas*
Field of Study : Mental Health Advisor's Signature *N. Thavichachart*
Academic Year : 2010

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาและความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้มอบองค์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการทำวิจัย ให้แนวทางในการแก้ไขปัญหา คอยชี้แนะแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตา พร้อมทั้งคอยให้กำลังใจ จนผู้วิจัยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการทำวิจัย และทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ด้วยความสุขตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์พวงสร้อย วรกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ นายแพทย์สมรภัทร์ สันติเบญจกุล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ สำหรับการให้เกียรติมาเป็นคณะกรรมการในการสอบวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ทั้งยังช่วยชี้แนะในข้อบกพร่องบางประการเพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่เกสรา ศรีวิลาส ที่เป็นกำลังใจสำคัญ คอยให้ความช่วยเหลือและอยู่เคียงข้างเสมอเมื่อท้อแท้หรือเหน็ดเหนื่อย

ขอกราบขอบพระคุณพระปลัดวิเชียร ชวนบุญญ โลงานุกรแขวงพระบรมมหาราชวัง ณ วัดมหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ด้านข้อมูลเกี่ยวกับพระภิกษุสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานครและให้คำแนะนำปรึกษาปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับการเก็บข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณท่านเจ้าอาวาส และรองเจ้าอาวาสวัด สำหรับความอนุเคราะห์ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดีตลอดมา และงานวิจัยนี้จะสำเร็จลงไม่ได้ หากไม่มีพระคุณเจ้าที่เป็นกลุ่มประชากรตัวอย่างสละเวลาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จึงขอกราบขอบพระคุณพระคุณเจ้าทุกรูปไว้ ณ ที่นี้เช่นกัน

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาโทรุ่น 22 ทุกคน ที่กำลังสำคัญที่คอยผลักดันให้ก้าวต่อไปในยามท้อแท้หรือเหน็ดเหนื่อย ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจซึ่งกันและกันตลอดมา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามของการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
ความหมายของ ภาวะซึมเศร้า.....	7
แนวคิดและทฤษฎีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า.....	9
ประเภทของภาวะซึมเศร้า.....	10
ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า.....	12
อาการของโรคซึมเศร้า.....	14
ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า.....	16
เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า.....	18

บทที่	หน้า
2	การประเมินภาวะซึมเศร้า..... 20
	การรักษาภาวะซึมเศร้า..... 24
	ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ..... 28
	Mild Cognitive Impairment..... 30
	ความหมายของ พระภิกษุสงฆ์..... 34
	การบวชของพระสงฆ์ไทยและนิกายในพระสงฆ์ไทยในประเทศไทย..... 34
	จำนวนพระภิกษุและสามเณรในประเทศไทย..... 37
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 37
3	วิธีดำเนินการวิจัย..... 41
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 41
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 43
	การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 46
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 46
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 48
	ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของพระภิกษุสูงอายุ..... 49
	ส่วนที่ 2 ระดับของภาวะซึมเศร้า..... 58
	ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า..... 59
	ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้า..... 82
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 83
	สรุปผลการวิจัย..... 83
	อภิปรายผลการวิจัย..... 86
	ข้อเสนอแนะ..... 97

	หน้า
รายการอ้างอิง.....	99
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองทางจริยธรรม.....	105
ภาคผนวก ข จดหมายขอเก็บข้อมูล.....	107
ภาคผนวก ค เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย.....	109
ภาคผนวก ง เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย.....	116
ภาคผนวก จ แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย.....	119
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	125



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของพระภิกษุสูงอายุ.....	49
2 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้า.....	58
3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคลของพระภิกษุสูงอายุ.....	59
4 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคล โดย วิธีการทดสอบ t - test.....	67
5 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า กับปัจจัยส่วนบุคคลของพระภิกษุสูงอายุ โดยวิธี One way ANOVA.....	73
6 แสดงผลการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ากับ อายุต่างกัน ด้วยวิธี Scheffe's.....	77
7 แสดงผลการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ากับ สถานภาพสมรส ด้วยวิธี Scheffe's.....	77
8 แสดงผลการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ากับ พรรษา ด้วยวิธี Scheffe's.....	78
9 แสดงผลการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ากับ ระดับการศึกษาปริยัติแผนกธรรม ด้วยวิธี Scheffe's.....	79
10 แสดงผลการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ากับ สถานภาพภายในวัด ด้วยวิธี Scheffe's.....	80
11 แสดงผลค่าสหสัมพันธ์ของคะแนนทดสอบสมรรถภาพทางสมอง (TMSE) กับภาวะซึมเศร้า ของพระภิกษุสูงอายุ โดยวิธี Pearson's product moment correlation coefficient....	81
12 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนของตัวแปรที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โดยวิธี Multiple Regression Analysis.....	82

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
2 การสุ่มตัวอย่าง (sampling).....	42



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ทุกข์ รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลงหรือน้ำหนักลดลง หมดอารมณ์ทางเพศ มีความคิดอยากตาย เป็นต้น⁽¹⁾ ซึ่งอารมณ์ซึมเศร้าที่วุ่นมักเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคทางกายร่วมด้วย แต่มักถูกมองข้ามเข้าใจผิดว่าเป็นจากความชรา จากงานวิจัยต่างประเทศ พบว่า อัตราความชุกของโรคอารมณ์ซึมเศร้าโดยเฉลี่ยร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน และร้อยละ 30 ในผู้ป่วยสูงอายุที่มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน และพบมากขึ้นในสถานสงเคราะห์คนชราถึงร้อยละ 50 องค์การอนามัยโลกทำนายว่าอีก 20 ปีข้างหน้า (ปี ค.ศ. 2020) อารมณ์ซึมเศร้าจะปัญหาสาธารณสุขระดับหนึ่ง⁽²⁾

สถิติสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ปี พ.ศ. 2552 อัตราประชากรผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 7,274,000 คน เมื่อเทียบกับสถิติก่อนหน้านี้จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยของสำนักสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2541 มีผู้สูงอายุจำนวน 5.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 8.4 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2542 ผู้สูงอายุจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 5.5 ล้านคน หรือร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 10.8 ล้านคน หรือร้อยละ 15.3 ในปี พ.ศ. 2563 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544)⁽³⁾ จากสถิติดังกล่าวนี้ทำให้ภาพโครงสร้างประชากรเปลี่ยนไปจากอดีตอย่างมากจากปลายยอดที่เรียวแหลมกลับขยายใหญ่มากขึ้นเรื่อยๆ

พระพุทธศาสนาเป็นอีกสถาบันหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับใกล้ชิดกับคนไทยมาช้านาน เป็นที่พึ่งพิงทางจิตใจและปลุกฝังสิ่งที่ดีงามให้กับคนไทยในสังคม วัดจึงถือเป็นศูนย์กลางในการถ่ายทอดศีลธรรม จริยธรรม และประเพณีต่างๆ ไปสู่ชุมชนจากอดีตถึงปัจจุบัน จะเห็นได้ว่าพระพุทธศาสนามีความผูกพันอย่างแนบแน่นกับสังคมไทยมาช้านาน จนกล่าวได้ว่าเป็นวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของคนไทยโดยส่วนรวม รวมถึงความเชื่อและประเพณีในเรื่องของการบวชของคนไทย ซึ่งถือได้ว่าเป็นการช่วยเผยแผ่คำสั่งสอนขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า และเป็นการสืบต่ออายุพระพุทธศาสนา และยังมีความเชื่ออีกว่า คนที่ผ่านการบวชมาแล้วถือเป็นคนมีความรู้ มีคุณธรรมในชีวิตรวมทั้งเกิดเป็นประเพณีของคนไทย เมื่อสมาชิกในครอบครัวเป็นชายอายุครบ 20 ปีก็จะนิยมให้จัดงานบวชเพื่ออุปสมบทเป็นพระภิกษุสงฆ์

พระภิกษุสงฆ์ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการอุปสมบทเมื่ออายุครบ 20 ปีขึ้นไปตามพระธรรมวินัย อาจมีหลายช่วงวัยแล้วแต่ความศรัทธาที่จะอุปสมบท ทำให้เห็นว่าตามวัดทั่วไปจะมีทั้งพระภิกษุหนุ่มและพระภิกษุสูงอายุอยู่ปะปนกันไป เห็นได้ว่าพระภิกษุสงฆ์ในประเทศไทยมีจำนวนมากเมื่อ

เทียบกับประชากรทั้งประเทศ⁽⁴⁾ ซึ่งทราบได้จากรายงานการสำรวจทำสถิติพระภิกษุ – สามเณรทั่วประเทศไทย มีจำนวนพระภิกษุสงฆ์ทั้งหมด 267,939 รูป และจำนวนสามเณรทั้งหมดมี 65,937 รูป จำนวนพระภิกษุและสามเณรเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวนพระภิกษุสงฆ์ทั้งหมด 15,970 รูป และจำนวนสามเณรทั้งหมดมี 4,266 รูป⁽⁵⁾ ซึ่งในจำนวนนี้ก็มีพระภิกษุสูงอายุอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งพระภิกษุสูงอายุเป็นกลุ่มที่ต้องพบเจอกับปัญหาหลายด้าน เช่น การปรับตัวเข้าสู่วัยชรา ความสามารถทางกายเริ่มถดถอยลง ทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายซึ่งปัญหานี้สามารถพบได้บ่อยในผู้สูงอายุทั่วไปด้วยเช่นกันซึ่งปัญหาเหล่านี้ก็นำไปสู่การเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในที่สุด ซึ่งเมื่อเทียบกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุทั่วไปพระภิกษุสูงอายุจะมีข้อจำกัดหลายด้าน เช่น การค้นหาอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมกับวัยเป็นเรื่องที่ทำได้ยากอันเนื่องมาจากต้องขึ้นอยู่กับความประสงค์หรือความสะดวกของญาติโยมที่นำมาถวาย ซึ่งโดยมากเป็นการซื้อหาตามความสะดวกเพราะความเร่งรีบของคนสังคมเมือง อาหารที่ขายทั่วไปส่วนใหญ่จึงไม่ใช่อาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ แต่เป็นอาหารที่มีความมัน มีเนื้อสัตว์ อาหารประเภทน้ำก็จะเป็นแกงที่มีกะทิเป็นส่วนผสม ของหวานก็มีรสหวานจัด เป็นต้น ทำให้โรคทางกายส่วนใหญ่ที่พระภิกษุสูงอายุเป็นบ่อย คือ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ในวัยนี้ยังสามารถพบอาการหลงๆ ลืมๆ ซึ่งคนทั่วไปในวัยนี้จะประสบปัญหานี้เช่นกัน กำลังทางกายลดลงทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเดิม การมองคุณค่าในชีวิตของตัวเองจะเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาจนำไปสู่การเป็นโรคทางจิตเวชได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นประโยชน์ในการป้องกัน ปรับปรุง และพัฒนาให้พระภิกษุสูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งจะช่วยให้ส่งเสริมให้เกิดประโยชน์ไปยังสังคมและประเทศชาติอีกด้วย

คำถามการวิจัย (Research Question)

1. ภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยอะไรที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของพระภิกษุสูงอายุในเขต

กรุงเทพมหานคร

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์และทำแบบสอบถาม โดยมีตัวแปรที่ศึกษาคือ

ตัวแปรอิสระ (Independence Variable) โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

- อายุ
- ภูมิลำเนาเดิม
- เชื้อชาติ
- สัญชาติ
- ศาสนา

2. สถานภาพก่อนบวช

- ประวัติป่วยทางจิตเวชและการรักษา
- ประวัติเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว
- ระดับการศึกษา
- สถานภาพสมรส
- การใช้สารเสพติด

3. สถานภาพขณะบวช

- ประวัติเจ็บป่วยทางจิตเวชและการรักษา
- โรคประจำตัว
- เวลาที่เริ่มบวช
- เหตุผลในการบวช
- ระดับการศึกษาทางธรรม
- รายได้ปัจจุบัน
- สถานภาพในวัด
- การใช้สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท
- ความสัมพันธ์กับเครือญาติ
- การวางแผนลาสิกขาบท

4. คะแนนแบบทดสอบ TMSE

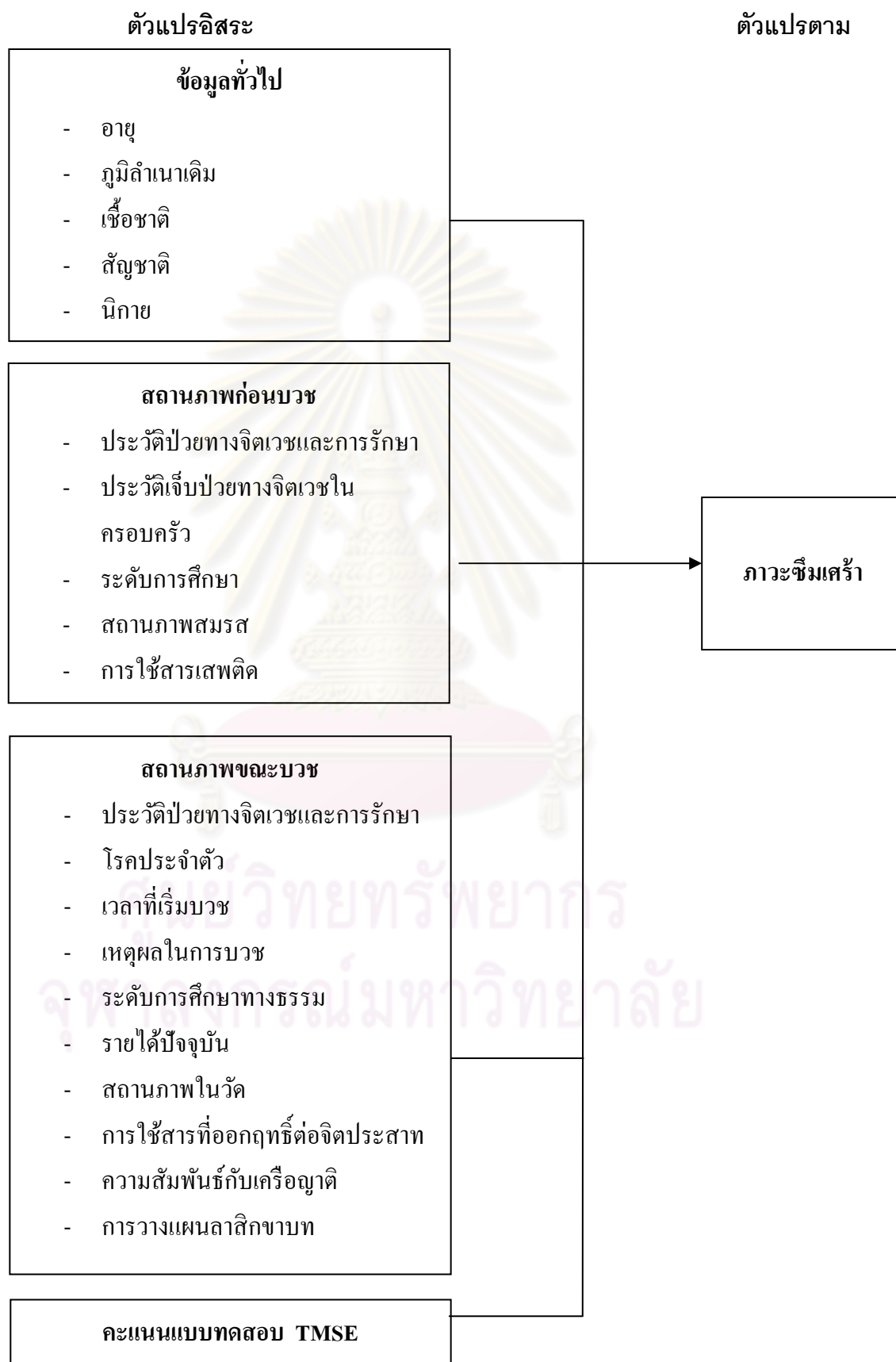
ตัวแปรตาม (Dependence Variable)

- ภาวะซึมเศร้า



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย (conceptual framework)



ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้นจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของพระภิกษุสูงอายุได้ทั้งหมด
2. กลุ่มตัวอย่างอาจมีอาการมีเรื่องราวในอดีต ขณะตอบแบบสอบถามได้
3. กลุ่มตัวอย่างอาจมีอาการอาพาธหนักจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้
4. กลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมเข้าร่วมในงานวิจัย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พระภิกษุสูงอายุ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการอุปสมบทจากคณะสงฆ์ ตามหลักพระธรรมวินัยตามแบบอย่างของพุทธศาสนาฝ่ายเถรวาท ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป⁽⁴⁾ ที่สังกัดอยู่ในเขตการปกครองของเจ้าคณะสงฆ์กรุงเทพมหานคร

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกหม่นหมอง หดหู่ เศร้าสร้อย ไม่มีความสุข ท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่สนใจกิจกรรมที่เคยทำมาก่อนและบางครั้งคิดถึงความตาย ซึ่งวัดได้ด้วย Thai Geriatric Depression Scale

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการป้องกัน แก้ไข เพื่อพัฒนาทางสุขภาพจิตให้พระภิกษุสูงอายุ
2. เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือแก้ปัญหาทางสุขภาพจิตต่อไป
3. เป็นแนวทางและข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ศูนย์บริการสุขภาพจิต
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของ “ภาวะซึมเศร้า”

การศึกษาของ Hirschfeld et al. โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดโรคหนึ่ง เป็นโรคที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย และผู้ดูแล เนื่องจากเป็นโรคที่เรื้อรังมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้บ่อย ส่งผลให้เกิดความบกพร่องต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย และสังคม WHO (1999) ประเมินการไว้ว่าโรคซึมเศร้าถูกจัดอันดับหนึ่งในสิบอันดับของความเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุของความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประชากรโลก และเป็นอันดับสี่ในประเทศกำลังพัฒนา ⁽⁶⁾

กรมสุขภาพจิต ⁽⁷⁾ ให้ความหมายภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนีดตัวเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงอยู่เป็นระยะเวลานาน และเกี่ยวพันกับการสูญเสีย

มานิช หล่อตระกูล ⁽⁷⁾ ให้ความหมายของ ภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะหรือโรคที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ อาการมักเป็น ๆ หาย ๆ และระดับความรุนแรงก็แตกต่างกันไป

ดวงใจ กษานติกุล ⁽¹⁾ ให้ความหมายภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ หมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง มีผลต่อน้ำหนักของร่างกาย มีความคิดด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต ทำให้เกิดผลกระทบด้านสังคม หรือการประกอบอาชีพ ตลอดจนความสัมพันธ์กับผู้อื่น อาการดังกล่าวหากมีอาการแย่งจากเดิม อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

สมภพ เรืองตระกูล ⁽⁸⁾ ได้ให้คำจำกัดความของ “โรคซึมเศร้า” ไว้ว่า ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า เป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้คุณค่าและมีความคิดเบื้อชีวิต

พจนานุกรมหลายฉบับรวมทั้งลองแมนและเวบสเตอร์ ⁽⁹⁾ ให้ความหมายคำว่าภาวะซึมเศร้า โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกเศร้า (feeling of sadness) และสูญเสียความหวังในอนาคต (no hope for the future)

กลุ่มที่ 2 ภาวะซึมเศร้า หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำ (act) ที่แสดงออกถึงความสามารถหรือประสิทธิภาพในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันลดลง

กลุ่มที่ 3 ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ (emotion) ประกอบด้วยอารมณ์เศร้า หดหู่ เหม่อ ไร้เหว่ ขาดความสุข และกังวล

ระบบการวินิจฉัยโรคของประเทศสหรัฐอเมริกาตามที่เรียกโดยทั่วไปว่า Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition (DSM-IV) ซึ่งพัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้แบ่งนิยามของภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ลักษณะประกอบด้วย 1) อารมณ์เศร้าที่สัมพันธ์กับอาการอื่น ๆ 2) กลุ่มอาการเศร้าที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง และ 3) กลุ่มอาการซึมเศร้าที่ส่งผลให้เกิดภาวะคุกคามด้านอารมณ์และการทำหน้าที่

Beck^{(10),(11)} ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ อ่างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา เชื่องช้า เป็นต้นมีความคิดในด้านลบเกี่ยวกับตัวเอง มีความต้องการที่จะหลีกหนีหรืออยากตาย มีความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น น้ำหนักลด นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ เป็นต้น และการทำกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนแปลง เช่น เชื่องช้า กระวนกระวาย เป็นต้น

นักวิจัยในสหรัฐอเมริกาคาดคะเนไว้ว่าประชากรชายอย่างน้อย 6 ล้านคนในสหรัฐอเมริกาจะทุกข์ทรมานจากโรคซึมเศร้าทุกปี งานวิจัยและหลักฐานทางคลินิกแสดงให้เห็นว่าทั้งผู้หญิงและผู้ชายมีการพัฒนาอาการของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากอาการเดิมที่มีอยู่ ผู้คนเหล่านี้บ่อยครั้งที่มีการรับมือหรือจัดการกับอาการซึมเศร้าที่แตกต่างกัน โดยผู้ชายจะแสดงออกว่าเหนื่อย หงุดหงิดง่าย ไม่สนใจในงานหรือกิจกรรมที่ทำอยู่ มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ มากกว่าที่จะแสดงอารมณ์เศร้า รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิด ชายวัยสูงอายุหลายคนต้องจัดการกับความเครียดหลายอย่างเมื่อเข้าสู่วัยชรา หากเขาเป็นผู้นำครอบครัวที่จะต้องหาเงินมาจุนเจือครอบครัว เขาจะต้องทำงานอย่างหนัก เขาจะมีความเครียดเมื่อต้องถูกปลดเกษียณ หรือ สูญเสียบทบาทสำคัญบางอย่างไป สูญเสียความมั่นใจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้นำไปสู่การเป็นซึมเศร้าได้ การสูญเสียเพื่อนและครอบครัวและปัญหาทางด้านสุขภาพต่างๆ ก็มีส่วนที่ทำให้เป็นซึมเศร้าได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม ประชากรสูงอายุส่วนใหญ่จะรู้สึกพึงพอใจกับการดำเนินชีวิตของตน และมันก็ไม่ผิดปกตินักที่ผู้สูงอายุจะรู้สึกซึมเศร้า แต่การลดความทนทุกข์ทรมานลง การเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูหรือหนทางรักษาโรคอื่นๆ ที่เป็นอยู่ จะเป็นการช่วยยืดอายุของผู้สูงอายุเหล่านี้ให้ยืนยาวยิ่งขึ้น⁽¹²⁾

Nakatsuka Masahiro⁽¹³⁾ กล่าวถึงโรคซึมเศร้าว่า โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเพราะมันจะส่งผลกระทบต่อที่ร้ายแรงตามมา และโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การเพิ่มอัตราฆ่าตัวตาย ลดความสามารถ

ทางกาย สติปัญญา และการดำเนินชีวิตในสังคม และการละเลยตนเอง ซึ่งทั้งหมดนี้จะสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการตาย

ธวัชชัย ลีพพานาจ⁽¹⁴⁾ ให้คำอธิบายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นอาการทางจิตเวชอย่างหนึ่งที่พบได้พอสมควรในชายวัยทอง นอกเหนือไปจากอาการวิตกกังวล และอาการความจำแย่ง แต่มักจะถูกละเลยหรือมองข้ามทั้งจากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ หรือแม้กระทั่งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ภาวะซึมเศร้าในชายวัยทองอาจมีอาการที่แตกต่างจากภาวะซึมเศร้าในวัยหนุ่มสาว เช่น ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะปฏิเสธอาการหรือบอกว่ามีอาการเพียงเล็กน้อย (ทั้งที่มีอาการมาก) และมักพูดถึงหรือหมกมุ่นกับอาการทางร่างกายมากกว่าที่จะพูดถึงความรู้สึก อารมณ์หรือจิตใจของตนเอง

แนวคิด และทฤษฎีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

1. **ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic Transmission)⁽⁹⁾** พบว่าพันธุกรรมหรือกรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องกับในโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการซ้ำหลาย ๆ ครั้ง ญาติพี่น้อง เช่น บิดามารดา คู่แฝด ลูก มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าบุคคลทั่วไป ยกตัวอย่างของกรณีคู่แฝดที่เป็นฝาแฝดไข่ใบเดียวกันจะพบความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้าได้สูงถึงร้อยละ 70 อีกทั้งเรื่องของโครโมโซมก็มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าของบุคคลอีกด้วย โดยพบว่าโครโมโซมที่มีลักษณะสัมพันธ์กับโครโมโซม X มากกว่าโครโมโซม Y ดังนั้นแล้วอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในเพศหญิงจึงสูงกว่าเพศชาย

2. **ทฤษฎีเกี่ยวกับชีวเคมี (Biochemical Theory of Depression)^{(7),(9),(15)}** ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติของการสังเคราะห์สารสื่อประสาทในระบบประสาทส่วนกลาง โดยมีระดับของสาร serotonin ซึ่งเป็นตัวหลักที่มีความสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และสารสื่อประสาทกลุ่ม catecholamines คือ norepinephrine และ dopamine ลดลงกว่าปกติ อันเนื่องมาจากความผิดปกติของกระบวนการดูดกลับ (reuptake process) สารเข้าสู่เซลล์ประสาทส่งต่อ (pre-synaptic neuron) คือมีกระบวนการดูดกลับของสารสื่อประสาทมากเกินไป (over reuptake) ส่งผลให้บริเวณที่มีการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาทที่มีปริมาณสารสื่อประสาทกลุ่มดังกล่าวลดลงมากกว่าปกติ จากความผิดปกติของกระบวนการดูดกลับนี้เองที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเศร้า หดหู่ ท้อแท้ เหนียงอหยัง เบื่อหน่าย สิ้นหวัง นอนไม่หลับ ประสิทธิภาพและความสามารถในการทำงานลดลง หากยังคงเป็นในระยะยาวโดยไม่ได้รับการรักษาก็จะทำให้มีภาวะของการเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด

3. **ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory)^{(9),(16)}** ภาวะซึมเศร้าอันเกิดจากผลของการสูญเสียไม่ว่าจะเป็นบุคคลสำคัญในชีวิต หรือสิ่งของที่มีค่า มีความหมายต่อจิตใจ ทั้งที่มีอยู่จริงหรือในจินตนาการก็ตาม เป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ การสูญเสียมีทั้งที่เห็นได้ชัดเจนเป็นรูปธรรม เช่น การสูญเสียอวัยวะ การสูญเสียทรัพย์สิน เป็นต้น ส่วนการสูญเสียแบบนามธรรม เช่น การสูญเสียความรัก ความหวัง ความภาคภูมิใจในตัวเอง สูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน ความก้าวหน้าในชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่การสูญเสียเหล่านี้จะเกิดขึ้นตลอดเวลาในกระบวนการเปลี่ยนผ่านของช่วงชีวิต ทำให้ต้องมีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวเพื่อให้เข้ากับวัย การจะปรับตัวได้นั้นต้องมีความเข้าใจและการยอมรับสถานการณ์และสถานการณ์ในขณะนั้นและเรียนรู้ที่จะอยู่กับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไป หากกลไกการปรับตัวล้มเหลวการเปลี่ยนผ่านช่วงชีวิตก็จะกลายเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้าได้

4. **ทฤษฎีสังคม (Social Theory)** เป็นทฤษฎีที่ศึกษาความเกี่ยวข้องในการเกิดภาวะซึมเศร้าที่มีสาเหตุจากปัจจัยทางสังคม โดยเน้นว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งพบว่าเหตุการณ์ในชีวิต (Stressful life event) มีบทบาทในการเกิดภาวะซึมเศร้า สถานการณ์ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อด้านความสมดุลของบุคคลที่พบได้ทั่วไป ได้แก่ ปัญหาความรัก การสูญเสียงาน ปัญหาด้านการเงิน การปรับตัวเข้ากับเพื่อนหรือเพื่อนร่วมงาน ความเจ็บป่วย ความล้มเหลวในชีวิต สิ่งเร้าภายนอกมีผลต่อการภาวะสมดุลของบุคคลในการปรับตัวหากได้รับการสนับสนุนจากภายนอกก็จะสามารถทำให้บุคคลนั้นปรับตัวและสามารถผ่านวิกฤตไปได้ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่ไม่ได้รับสนับสนุนหรือช่วยเหลือ

ประเภทของภาวะซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า (major depression/ depressive disorder/ depressive illness) เกิดขึ้นโดยมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการนำและเป็นอาการแสดงออกที่เด่นชัดที่สุด และพบว่าอาการซึมเศร้านักเกิดร่วมกับอาการอื่น ๆ ได้แก่ ขาดชีวิตชีวา ท้อแท้ หดหู่ อ่างว้าง เหงา โดดเดี่ยว สิ้นหวัง สิ้นพลัง สิ้นความสามารถ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจตัวเองหรือสิ่งแวดล้อม ไร้อารมณ์ รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า และไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป อาจมีภาวะหลุดออกจากความเป็นจริง (out of reality) ได้แก่ ประสาทหลอน (hallucination) หลงผิด (delusion) การรับรู้สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้าผิด (illusion) การรู้จักตนเองลดลงหรือเสียไป (poor insight) และความสามารถในการคิดตัดสินใจลดลง (poor judgement) อาการดังกล่าวมักเกิดขึ้นเป็นครั้ง ๆ แล้วหายไป แต่สามารถเกิดขึ้นได้บ่อย ๆ มีผลรบกวนการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน

โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) ลักษณะเด่น คือ บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์สลับกันสองขั้วระหว่างซึมเศร้า (depression) และครื้นเครง ร่าเริง (mania/hypomania) อาการดังกล่าวจะสลับกันอย่างรวดเร็ว แต่ส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป เวลาซึมเศร้าอาจมีอาการมากบ้างน้อยบ้างแต่เมื่อเปลี่ยนเป็นช่วงอารมณ์ครื้นเครง มักจะมีพลังสูง พุดมาก แจกแจกการ กระฉับกระเฉงมากเกินกว่าเหตุ มีโครงการในความคิดมากมายที่อยากทำ ทำกิจกรรมมากเป็นเวลานานโดยไม่รู้ลี้กเหน็ดเหนื่อย ลักษณะอาการดังกล่าวจะมีผลต่อการรับรู้ อารมณ์ ความคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรมอาจมีอาการหลงผิดว่าตนเองเป็นผู้ยิ่งใหญ่ (grandiose)

โรคประสาทซึมเศร้าหรือเศร้าเรื้อรัง (dysthymia disorder) บุคคลมีอารมณ์เศร้าเกือบทั้งวันเรื้อรังติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี ร่วมกับแสดงอาการขณะเกิดอารมณ์เศร้าต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการ ได้แก่ 1) เบื่ออาหารหรือกินจุ (appetite change) 2) แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง (sleep pattern change) 3) เหนื่อยง่าย ไร้กำลัง หรืออ่อนเพลียง่าย (low energy of fatigue) 4) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) 5) ไม่มีสมาธิและความสามารถในการตัดสินใจลดลง (difficulty concentrating or making decisions) และ 6) รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง (feeling of hopelessness) ผู้ที่เป็นโรคนี้ต้องมีลักษณะต่อไปนี้ 1) ไม่มีระยะเวลาหายเป็นนานกว่าปกติมากกว่า 2 เดือนในช่วงเวลาที่มีอารมณ์เศร้า 2) อาการที่เกิดขึ้นไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า 3) ไม่เคยมีอาการ mania หรือ hypomania และ 4) ไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย พิษจากยาหรือสารเสพติดซึ่งเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

โรคอารมณ์ซึมเศร้าแบบ⁽¹⁷⁾ (atypical depression) พบได้ไม่น้อยโดยมีอาการแสดงออกตรงกันข้ามกับโรคซึมเศร้าทั่วไป เช่น คนที่มีภาวะซึมเศร้าปกติจะนอนหรือรับประทานอาหารน้อยกว่าปกติ ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าแบบนี้จะนอน กินมาก และน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อาการรวมเหล่านี้เรียกว่า อาการทางกายที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต (vegetative signs)

นายแพทย์โดนัลด์ ไคลน์ จิตแพทย์จากมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย นครนิวยอร์ก ผู้มีชื่อเสียงในด้านโรคซึมเศร้า พบว่าโรคซึมเศร้าแบบนี้จะมีการดำเนินโรคเรื้อรังมากกว่าที่จะมีอาการเป็นครั้งคราว และมักจะเกิดตั้งแต่เป็นวัยรุ่น ผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้จะมีอาการเหมือนคนไม่มีชีวิตชีวา ไม่สนใจกิจกรรมทุกอย่าง และรู้สึกอ่อนไหวอย่างรุนแรงต่อการถูกปฏิเสธโดยเฉพาะเรื่องอกหัก

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า

กรรมพันธุ์หรือพันธุกรรม (Genetics) โดยพบว่าจะมีอิทธิพลอย่างมากถ้าครอบครัวมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีผลให้สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าได้มากขึ้น นอกจากนี้โรคซึมเศร้าชนิดสองขั้ว (bipolar disorder) มักเกิดได้ง่ายกับสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน โดยมีความเครียดเป็นสิ่งที่กระตุ้น ดังนั้น การสัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วยที่มีประสิทธิภาพควรสอบถามครอบครัวไปถึงประวัติการเป็นโรคซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัวร่วมด้วยทุกครั้ง ข้อควรระวังคือถึงแม้บุตรที่เกิดจากบิดามารดาที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าถือเป็นกลุ่มเสี่ยงแต่ก็ไม่ได้หมายความว่าสมาชิกทุกคนจะต้องป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

เพศ (gender) ผลการศึกษาจำนวนมากพบว่าโรคซึมเศร้าสามารถพบได้ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลมากจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนภายในร่างกาย เช่น การมีประจำเดือน การตั้งครรภ์ การแท้ง ภาวะหลังคลอด วัยทอง เป็นต้น จากคณะทำงานเกี่ยวกับผู้หญิงและโรคอารมณ์ซึมเศร้าของสมาคมจิตจิตวิทยาอเมริกันในปี ค.ศ. 1990 พบว่าเพศหญิงเกิดโรคซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากการเป็นผู้หญิงในวัฒนธรรมร่วมสมัยที่เปลี่ยนแปลง รายงานได้ชี้ให้เห็นปัจจัยทางชีววิทยา สังคม และจิตวิทยาที่จำเพาะสำหรับผู้หญิง โดยตัดปัจจัยความแตกต่างทางเชื้อชาติและระดับชนชั้นในสังคมออกไป⁽¹⁷⁾ ส่วนผู้หญิงในสังคมไทยนั้นก็มีความวัฒนธรรมและสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องเช่นกัน จากการถูกวางเงื่อนไขการดำเนินชีวิตให้ซับซ้อนกว่าเพศชาย และมักถูกเอาเปรียบจากกรอบวัฒนธรรมของครอบครัว โรงเรียน และสังคม บทบาทของเพศหญิงถูกกำหนดให้แตกต่างจากเพศชาย โดยสังคมยอมรับให้ผู้ชายมีช่องทางและโอกาสในการปลดปล่อยอารมณ์ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การเที่ยวผู้หญิง ในขณะที่ผู้หญิงจะต้องอยู่ในกรอบของจารีตประเพณีที่จะต้องสุภาพ เรียบร้อย เมื่อแต่งงานก็ทำหน้าที่แม่บ้าน เลี้ยงลูก ทำงานบ้าน โอกาสความก้าวหน้าด้านอาชีพการงานที่เคยมีก็อาจจะต้องสูญเสียไป

แม้ว่าเพศชายเกิดอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าเพศหญิงแต่กลับพบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้าในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง และมักพบว่าเพศชายที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มักจะใช้สารเสพติดเป็นตัวแก้ปัญหา

สารสื่อประสาทสมอง ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองหรือขาดภาวะสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง คือ การลดลงของปริมาณไบโอเจนิค เอมีนส์ (biogenic amines) ชนิดที่ผลโดยตรงต่อการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าของคน ได้แก่ กลุ่มอินโดเลมีนส์ (indoleamines) คือซีโรโทนิน (serotonin) ซึ่งเป็นตัวหลักที่มีความสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และกลุ่มแคทีโกลามีนส์ (catecholamines) คือ นอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) และโดพามีน

(dopamine) ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ หงอยเหงา เบื่อหน่าย ไม่มีความสุขกับชีวิต นอนไม่หลับ สะดุ้งตื่นตอนกลางดึก ฝันร้ายบ่อยครั้ง ส่งผลกระทบทำให้ประสิทธิภาพและความสามารถในการทำงานลดลง

ฮอร์โมน พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีระดับฮอร์โมนคออลติซอล (cortisol) สูงกว่าปกติ ฮอร์โมนคออลติซอลนี้หลั่งมาจากต่อมหมวกไต ปกติจะหลั่งออกมามากเวลาที่มีความเครียด การหลั่งฮอร์โมนคออลติซอลมากกว่าปกติจะส่งผลให้เซลล์สมองส่วนฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ฝ่อลงหรือตายได้

ความเครียดในเหตุการณ์ชีวิตและสิ่งแวดล้อม โดยที่ผู้ที่เกิดภาวะซึมเศร้าครั้งแรกจะมีเหตุการณ์ที่เครียดมากกว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในครั้งต่อ ๆ มา ซึ่งความเครียดที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในครั้งแรก มักทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ในระยะยาวในทิศทางที่จะทำให้บุคคลนั้นเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในครั้งต่อ ๆ ไป แม้จะไม่มีอาการเครียดจากภายนอกก็ตาม

รูปแบบการเลี้ยงดูจากครอบครัว จากผลการศึกษานานาชาติจำนวนมากยืนยันว่าการเลี้ยงดูจากครอบครัวเป็นปัจจัยเริ่มต้นที่มีความสำคัญสูงสุดต่อลักษณะวิถีคิด ความรู้สึก สภาพจิตใจ กลไกการปกป้องทางจิต (defense mechanisms) และบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า มีการศึกษาพบว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบทารุณกรรม ไม่ว่าจะเป็นการกระทำทางวาจา หรือการทำร้ายทุบตีอย่างไรเหตุผล มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น

ความคิด อารอน เบก (Aaron Beck) ทำการศึกษารูปแบบและกระบวนการคิดของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าและพบว่าบุคคลที่มองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในด้านลบจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองลดลง (low self-esteem) ความพึงพอใจในตนเองลดลง (feelings of worthlessness) สิ้นหวัง (hopelessness) หมดพลังอำนาจ (powerlessness) และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

บุคลิกภาพ พบว่าบุคลิกภาพเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ บุคลิกภาพแบบพึ่งพาผู้อื่น บุคลิกภาพแบบย่ำคิดย่ำทำ บุคลิกภาพผิดปกตินิสัย histrionic และบุคลิกภาพชนิด borderline เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งบุคลิกภาพดังกล่าวมักพบในเพศหญิงเนื่องจากลักษณะนิสัยของผู้หญิงมีความวิตกกังวลง่าย ชอบคิดซ้ำแต่เรื่องเดิม ๆ มีลักษณะพึ่งพาผู้อื่น และรู้สึกว่ามีความคุณค่าในตัวเองต่ำซึ่งแตกต่างจากเพศชาย จึงทำให้มีการ

แสดงออกในเรื่องทัศนคติและพฤติกรรมต่าง ๆ ในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นต่างกัน

การมีโรคทางกาย โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ผู้ที่ด้อยทักษะต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือการสูญเสียอวัยวะ และอาการป่วยเฉียบพลันสามารถทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง เบาหวาน เอดส์ อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีโรคทางกายที่ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ เช่น เกิดอุบัติเหตุทางสมอง โรคไทรอยด์ โรคระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง

การใช้สารเสพติด การใช้สารเสพติดเป็นระยะเวลาอันยาวนานอาจส่งผลให้เกิดรอยโรคในสมอง การเสียสมดุลของสารสื่อประสาท และอาการทางจิตประสาทตามมา ในกลุ่มเด็กวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดมักเป็นกลุ่มที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายเนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีอัตราการทำร้ายตัวเองสูง อารมณ์รุนแรง ควบคุมไม่ค่อยได้และไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา

อาการของโรคซึมเศร้า

1. **อารมณ์เศร้า** เป็นอาการนำหลักของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า บุคคลเหล่านี้จะมีความกังวล ไม่สดชื่นแจ่มใส ไม่มีชีวิตชีวา หดหู่ เป็นทุกข์ หงอยเหงา โดดเดี่ยว อ้างว้างเหมือนอยู่ตัวคนเดียวในโลก ท้อแท้ สิ้นหวัง อารมณ์เศร้าเหล่านี้ไม่จำเป็นที่จะต้องมียุติตลอดเวลา โดยทั่วไปอารมณ์เศร้าเกิดขึ้นมากที่สุดในเวลาเช้า และดีขึ้นในเวลาเย็นหรือค่ำ อารมณ์จะไม่คงที่ บางครั้งก็เศร้ามาก บางครั้งก็เศร้าน้อย ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเลยที่เวลามาพบแพทย์มักจะไม่พูดถึงอารมณ์เศร้าของตน อาจเป็นเพราะขณะนั้นผู้ป่วยยังไม่มีอารมณ์เศร้าหรือคิดว่าอารมณ์เศร้าไม่มีความหมายไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยจึงไม่ได้ความสำคัญกับอารมณ์เศร้า

2. **อารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย จุนเจียว กระวนกระวายใจ น้อยใจง่าย** อารมณ์นี้เป็นอาการสำคัญที่สามารถพบได้ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเกือบทุกราย โดยบุคคลรู้ตัวดีแต่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ทำให้เกิดความรู้สึกผิด เสียใจ และตำหนิตัวเองตามมาหลังจากได้ทำสิ่งไม่ดีลงไป

3. **ความรู้สึกเหนื่อย เบื่อหน่าย หหมดความสนใจ** ผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้านี้จะรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่สนใจตัวเองหรือสิ่งแวดล้อม ปล่อยปละละเลยตัวเอง ไม่สนใจรูปร่างหน้าตา ไม่สนใจแม้กระทั่งกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่เคยสนใจและชอบทำ รวมไปถึงการไม่ทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ ยังพบอีกด้วยว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านี้จะมีความรู้สึกทางเพศลดลงประมาณร้อยละ 60 หรืออาจไม่มีเลย

4. ความรู้สึกผิด ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักตำหนิตัวเองและรู้สึกผิดต่อการกระทำของตนเอง เรื่องที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมของตนเองได้ บุคคลเหล่านี้จะมีความรู้สึกผิดสูงถึงแม้เป็นเรื่องที่ไม่รุนแรง มีการทำโทษตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดีมีบาป ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอยากตายและคิดที่จะฆ่าตัวตาย

5. ความรู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า (low self-esteem) ความรู้สึกเช่นนี้ก็เป็นอาการสำคัญ อาการหนึ่งที่ยังชี้ถึงการมีภาวะซึมเศร้า บุคคลเหล่านี้จะรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไม่เป็นที่ต้องการของใครทั้งสิ้น รู้สึกว่าตนเองไม่มีข้อดีมีแต่ข้อเสีย รับรู้ถึงแต่ข้อบกพร่องของตัวเองเท่านั้น มักมองโลกในแง่ร้ายคิดว่าตนเองไม่เก่ง ไม่มีความสามารถทำสิ่งนั้นสิ่งนี้ได้ไว้ก่อน คิดว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่นทำให้ไม่สามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นได้ การคิดเช่นนี้จะนำไปสู่พฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย เพราะบุคคลเหล่านี้เข้าใจว่าการตายของตนเองจะช่วยทำให้สถานการณ์ทุกอย่างดีขึ้น

6. การแสดงออกทางด้านความคิด

ความคิดเชิงซ้ำ ⁽⁹⁾ ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าจะคิดหรือทำอะไรได้ช้าลง คิดไม่ออกแม้แต่เรื่องทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวัน บางครั้งความคิดถูกหยุด (blocking) โดยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ บุคคลจะรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกผิด และโทษตัวเองว่าไร้ความสามารถ

สมาธิเสีย ความจำไม่ดีและลืมง่ายเป็นอาการสำคัญ อาการนี้จะเริ่มปรากฏตั้งแต่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะรู้สึกว่าพูดอะไรไปแล้วนึกไม่ค่อยออก อ่านหนังสือแล้วจำไม่ค่อยได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลมากเพราะความสามารถในการทำงานลดลง การทำงานเกิดความผิดพลาดบ่อยครั้งเมื่องานนั้นเกี่ยวข้องกับการใช้ความจำ

ความคิดอยากตาย (suicide idea) ⁽¹⁸⁾ มีความสัมพันธ์สูงกับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้ที่มีอารมณ์เศร้ามาก ๆ หรือภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง พฤติกรรมที่บ่งถึงภาวะเสี่ยงที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ได้แก่ การแยกตัว ซึม มักคิดและพูดว่า “ถ้าไม่มีฉันปัญหาทุกอย่างคงดีขึ้น” มีพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตายมาก่อน บุคคลเหล่านี้มักจะมีจิตใจที่เปราะบางมากเพียงมีเหตุการณ์เล็กน้อยมากระทบก็สามารถทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายได้ ถึงแม้บุคคลผู้มีภาวะซึมเศร้าเหล่านี้จะมีผู้ที่คอยช่วยเหลือประคับประคองให้ผ่านพ้นไปได้จนกลับเข้าสู่ภาวะปกติ การเข้าสู่ภาวะปกติไม่ได้หมายความว่าจะไม่ทำอีกเพียงแต่อาการจะกำเริบเมื่อไรนั้นไม่มีทางรู้ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเวลา โอกาส และสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นสิ่งเร้าเท่านั้น ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการสุขภาพหลังจากที่พยายามจะฆ่าตัวตายจะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จมีประมาณร้อยละ 10-15 ซึ่งมีความเสี่ยงที่สูงที่สุดช่วงปีแรกหลังการพยายามฆ่าตัวตาย

7. อาการทางกาย

นอนไม่หลับ ตื่นเร็ว หรือนอนหลับมากเกินไป⁽⁸⁾ อาการนอนไม่หลับมักจะปรากฏเป็นอาการแรก ในระยะเวลาหนึ่งถึงสองสัปดาห์แรก ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะนอนหลับยาก หลับได้ไม่สนิท กระสับกระส่าย ผื่นร้าย หลับ ๆ ตื่น ๆ บ่อย เมื่อเป็นมากขึ้นมักจะเป็นอีกแบบหนึ่งเรียกว่า “นอนไม่หลับตอนปลาย” (terminal insomnia) อาการสำคัญของโรคนี้ คือเมื่อเข้านอนจะหลับได้ตามปกติ แต่ตื่นตอนดึก เช่น ประมาณตีหนึ่ง ตีสอง แล้วหลับอีกไม่ได้หรือหลับได้ยากและมักหลับไม่สนิท อาการดังกล่าวจะเกิดขึ้นเกือบทุกคืน ส่งผลให้รู้สึกกระวนกระวายใจ หงุดหงิดง่าย บางรายมีอาการนอนไม่หลับแบบตื่นเช้ากว่าปกติ (early morning awakening) อาการคือสามารถหลับได้ดีแต่ตื่นเช้ากว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง จากเวลาที่ตื่นเป็นประจำ

อาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า เหนื่อยง่าย อ่อนเพลียแม้ไม่ได้ออกกำลังกายและเป็นอยู่ตลอดเวลา การพักผ่อนหรือนอนหลับไม่ช่วยให้ดีขึ้น หหมดพลังไปกับการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การเรียนทำได้ช้าลง ไม่มีพลังต่อสู้แม้แต่เหตุการณ์ง่าย ๆ มักนอนจมอยู่บนเตียงนอนเป็นส่วนใหญ่ อาการดังกล่าวจะรุนแรงขึ้นเมื่อไม่ได้พักผ่อน ร่วมกับมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด

อาการเบื่ออาหาร ไม่มีความรู้สึกหิวหรืออยากอาหารแม้ว่าจะมีอาหารมาวางตรงหน้า การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนแปลงไป น้ำหนักลด และมักพบปัญหาการเป็นแผลในกระเพาะอาหารตามมา

ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า⁽¹⁹⁾

1. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression)

เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส อารมณ์เศร้า เหนงหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้เป็นบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุใด ๆ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่อรูปลักษณะของตนเอง ความตั้งใจในการทำงานต่าง ๆ เริ่มลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น หลับยากกว่าปกติ ความสามารถในการเรียน การทำงาน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ ไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

2. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression)

ในระยะนี้จะมีความรุนแรงขึ้น จนมีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว การทำงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แต่ก็ไม่ปกตินัก พฤติกรรมที่แสดงออกมีดังนี้

อารมณ์ ไม่สดชื่น เศร้าสร้อย หม่นหมอง ไม่มีความสุขในการทำงานต่าง ๆ มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีกำลัง เป็นคนไม่มีความสามารถ หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย บางครั้งมีความวิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี จนไม่เหลือความภาคภูมิใจในตนเอง

กระบวนการทางความคิดและสมาธิลดลง ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ คิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีความสุข ไม่มีจุดหมายทำให้นอนไม่หลับ บางคนอาจเริ่มมีความคิดฆ่าตัวตาย

ประสาทสัมผัสทางกายผิดปกติ มีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร แต่บางรายจะแสดงอาการตรงกันข้าม คือ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น ไม่สนใจตัวเอง

การเคลื่อนไหว ท่าทาง และคำพูดผิดปกติ การเคลื่อนไหวช้าลง ถ้าบุคคลที่มีอาการกระวนกระวายมากจะมีอาการย้ำคิดย้ำทำ การพูดจาลำบาก บางครั้งอาจไม่พูดเลยเนื่องจากขาดความมั่นใจในตนเอง

การเข้าสังคมบกพร่อง ในระยะแรกจะเข้าสังคมอย่างเสียไม่ได้ จนละทิ้งสังคมที่ละน้อยและจะสนใจตนเองมากขึ้น พยายามมองหาคุณค่าของตนเอง แต่มักจะคิดไปเองว่าตนเองไม่มีคุณค่าเพียงพอ จนนำไปสู่การขาดความนับถือตนเองไม่หลงเหลือความภาคภูมิใจในตนเอง จากนั้นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าก็จะเลิกสนใจตนเอง ไม่ต้องการคบเพื่อน และละทิ้งสังคมในที่สุด

ผลกระทบในระยะนี้ คือ อาจต้องหยุดเรียนหรือหยุดทำงานเป็นระยะเพื่อรักษาตัว รวมทั้งประสิทธิภาพในด้านต่าง ๆ ลดลงชัดเจน

3. ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (severe depression)

เป็นภาวะที่บุคคลมีความเศร้าตลอดเวลาและเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด เช่น รู้สึกไม่มีความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว การพูดจาเป็นไปอย่างเชื่องช้า เชื่องซึม ผู้ที่มีอาการเศร้าในระดับนี้จะไม่สามารถทำกิจกรรม หรือทำงานตามหน้าที่ได้ตามปกติ และมักจะถอนตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ปฏิเสธผู้คนรอบตัว มีความคิดที่จะพยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากมีความหลงผิดหรือประสาทหลอน

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม DSM-IV ประกอบด้วยข้อบ่งชี้ 5 แขน ตั้งแต่แขน A-E ดังนี้

- A. มีอาการในข้อต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อขึ้นไปเกิดพร้อมกันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ได้แก่
1. อารมณ์เศร้า เป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวัน
 2. ความสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลงมากหรือไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไร เกือบทุกวัน
 3. ไม่รู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลินในสิ่งที่เคยเพลิดเพลินเป็นเกือบทุกวัน
 4. น้ำหนักลดลงอย่างมากโดยที่ไม่ได้ตั้งใจอดอาหารหรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมาก เพราะกินจุ
 5. นอนไม่หลับหรือนอนมาก เกือบทุกวัน
 6. การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า หรือกระวนกระวาย อยู่ไม่สุข
 7. อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ไม่มีเรี่ยวแรง เป็นเกือบทุกวัน
 8. รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ เป็นเกือบทุกวัน
 9. สมาธิไม่ดี คิดไม่ออก หรือตัดสินใจลำบาก เป็นเกือบทุกวัน
 10. คิดอยากตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย
- B. อาการไม่เข้ากับเกณฑ์ mixed episode
- C. มีผลกระทบต่อหน้าที่การงานและสังคมอย่างมีนัยสำคัญ
- D. อาการไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติด หรือโรคทางกาย
- E. อาการไม่ได้เป็นผลจากความโศกเศร้าเพราะสูญเสียคนรัก
- สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม ICD – 10 มีดังนี้

G1 A. มีกลุ่มอาการซึมเศร้า เป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์

B. อาการหลักที่ต้องมีอย่างน้อย 2 ข้อ คือ

1. อารมณ์เศร้า เป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวัน
2. ขาดความสนใจ หรือไม่สดชื่น ไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไร ไม่รู้สึก

สนุกสนานเพลิดเพลินกับสิ่งที่เคยเพลิดเพลินเป็นเกือบทุกวัน

3. อ่อนเพลียง่าย เหนื่อยง่าย ไม่มีเรี่ยวแรง เป็นเกือบทุกวัน

C. อาการรองที่ต้องมีอย่างน้อย 4 ข้อ คือ

1. ขาดความเชื่อมั่น ความภาคภูมิใจในตนเองหายไป
2. ชอบตำหนิตนเอง หรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ
3. คิดอยากตายซ้ำ ๆ หรือพยายามฆ่าตัวตาย
4. สมาธิไม่ดี คิดไม่ออก หรือตัดสินใจลำบาก
5. การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า หรือกระวนกระวาย อยู่ไม่สุข
6. นอนไม่หลับหรือนอนมาก
7. น้ำหนักลดลงอย่างมากโดยไม่ได้ตั้งใจลดอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมาก เพราะกินจุ

G2 ไม่เคยมีอาการ hypomania หรือ mania ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา

G3 อาการไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติดหรือโรคทางกาย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การประเมินภาวะซึมเศร้า

Zung Self-Rating Depression Scale⁽²⁰⁾

เป็นแบบสอบถามที่เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ (affect disturbance) ด้านร่างกาย (physiological disturbance) ด้านระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของร่างกาย (psychomotor disturbance) และด้านจิตใจ (psychological disturbance) เดิมเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่นิยมนำไปวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ในระยะหลังแบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยมเนื่องจากไม่สามารถวัดความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามระดับความรุนแรงของอาการเป็น 4 ระดับ เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที

การแปลผล

- ปกติไม่มีภาวะซึมเศร้า	25 – 49	คะแนน
- ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (mild depression)	50 – 59	คะแนน
- ผู้มีความเศร้าปานกลาง (moderate depression)	60 – 79	คะแนน
- ผู้มีความเศร้ารุนแรง (severe depression)	70 – 100	คะแนน

Beck Depression Inventory (BDI)⁽⁹⁾

แบบประเมิน BDI ได้รับการพัฒนาขึ้นครั้งแรกโดยเบกและคณะ จากนั้นมีการพัฒนาประสิทธิภาพของเครื่องมือในปี ค.ศ. 1971 และตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1978 BDI-I ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ใช้เวลาตอบแบบประเมินประมาณ 10 นาที ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับ ค่าคะแนนตั้งแต่ 0 (น้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์) ถึง 3 (5 – 7 วันต่อสัปดาห์) คะแนนรวมตั้งแต่ 0 – 63 แบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ คือ

ปกติไม่มีภาวะซึมเศร้า	5 – 9	คะแนน
มีภาวะเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (mild to moderate depression)	10 – 18	คะแนน
มีภาวะเศร้าปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe depression)	19 – 29	คะแนน
มีภาวะเศร้ารุนแรง (severe depression)	30 – 63	คะแนน

มีค่าความสอดคล้องภายในของแบบประเมินอยู่ระหว่าง .73 ถึง .92 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ .86 ตามลำดับ สำหรับข้อจำกัดของการใช้เครื่องมือพบว่า BDI-I เป็นเครื่องมือที่มีลิขสิทธิ์ (copyright) ผู้ใช้ต้องจ่ายค่าลิขสิทธิ์ในการใช้ต่อหัวตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา

Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)⁽⁹⁾

พัฒนาขึ้นโดยแมกซ์ ฮามิลตัน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ดูแลใช้เป็นแนวทางสำหรับประเมินอาการและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ประเมินอาการด้านจิตใจ อาการด้านร่างกาย และประสิทธิภาพในการทำงาน การประเมินมีความสอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของ DSM-IV ผู้ใช้แบบประเมิน HRSD ควรเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งผ่านการศึกษาศัพท์ทางคลินิกด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structured clinical interview) แบบประเมินแต่ละข้อคำถามแบ่งระดับคะแนนความรุนแรงของอาการซึมเศร้าออกเป็น ตั้งแต่ 0-2 หรือ 0-4 โดยทั่วไปการให้ความหมายค่าคะแนนข้อคำถามแบบ 0-2 คะแนน คือ

0	หมายถึง	ไม่มี (absent)
1	หมายถึง	ระดับเล็กน้อย
2	หมายถึง	ระดับมาก

การให้ความหมายค่าคะแนนข้อคำถามแบบ 0-4 แต่ละข้อ คือ

0	หมายถึง	ไม่มี (absent)
1	หมายถึง	ระดับเล็กน้อย
2	หมายถึง	ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
3	หมายถึง	ระดับปานกลางถึงรุนแรง
4	หมายถึง	ระดับรุนแรงมาก

ในประเทศไทย มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง ได้แปลแบบประเมินดังกล่าวเป็นภาษาไทยร่วมกับรายงานการทดลองความแม่นยำและความน่าเชื่อถือได้ของแบบประเมินว่าค่า interrater reliability อยู่ในเกณฑ์ดี จึงสามารถใช้ได้ดีสำหรับการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสำหรับคนไทย

Thai Depression Inventory

เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 ประเมินโดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามสำรวจตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้คะแนนแต่ละข้อ โดยค่าคะแนนมีความหมาย ดังนี้

0	หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นๆเลย
1	หมายถึง	มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นๆเป็นบางครั้ง โดยน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง
2	หมายถึง	มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นๆค่อนข้างบ่อย คือ 2 – 3 วัน/สัปดาห์
3	หมายถึง	มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นๆบ่อยเกือบทุกวัน

ผู้ถูกประเมินจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามนี้เอง ค่าคะแนนรวมที่ได้จากคำตอบจะถูกแปล
ความหมาย ดังนี้

ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	21 – 25	คะแนน
ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	26 – 34	คะแนน
ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	คะแนนสูงกว่า 35	คะแนน

ผู้ที่ประเมินแล้วได้คะแนนสูงกว่า 30 คะแนน จะได้รับคำแนะนำให้พบแพทย์หรือจิตแพทย์เพื่อการ
รักษา

Thai Hospital Anxiety and Depression Scale หรือ Thai HADS

เป็นแบบคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าในคนทั่วไปและผู้ป่วยจิต
เวช เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ถูกประเมินตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถามรวม 14 ข้อ แบ่งเป็น
คำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือ ข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการซึมเศร้า 7 ข้อ
คือ ข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดยการประเมินให้ผู้ตอบแบบสำรวจ
ความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ แล้วให้คะแนนแต่ละข้อตามความหมายดังนี้

0	หมายถึง	ไม่เป็นเลย
1	หมายถึง	เป็นบางครั้ง
2	หมายถึง	บ่อยครั้ง
3	หมายถึง	เป็นส่วนใหญ่

การคิดคะแนนแยกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนอาการวิตกกังวล และส่วนอาการซึมเศร้า โดยมีพิสัย
คะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0 ถึง 21 คะแนน คะแนน 0 – 7 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติทางจิต
เวช คะแนน 8 – 10 แสดงว่ามีความวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่มีความผิดปกติ
ชัดเจน และคะแนน 11 – 21 แสดงว่ามีอาการวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้าที่ถือว่ามีความผิดปกติ
ทางจิตเวช แบบวัดนี้ได้ถูกนำไปทดสอบประสิทธิภาพกับผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าค่าความแม่นยำ และ
ความน่าเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี

The Thai Mental Health Questionnaire

เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป โดยเน้น
อาการเจ็บป่วยทางกายเนื่องจากภาวะทางจิต ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล โรคจิต และความสามารถ
ทางสังคม โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามสำรวจความรู้สึก และพฤติกรรมของของตนเองในรอบ 1
เดือนที่ผ่านมา แล้วตอบแบบสอบถามซึ่งมีทั้งหมด 70 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 5 ทั้งนี้
ค่าคะแนนดังกล่าวมีความหมาย ดังนี้

0	หมายถึง	ไม่เคยมี หรือไม่เคยรู้สึกเลยในตลอดช่วงระยะเวลา 1 เดือน
1	หมายถึง	เคยมี หรือรู้สึกประมาณครั้งหรือสองครั้งในช่วง 1 เดือน
2	หมายถึง	มี หรือเคยรู้สึกพอประมาณ คือ ประมาณสัปดาห์ละครั้ง
3	หมายถึง	เคยมี หรือเคยรู้สึกหลายๆครั้งใน 1 สัปดาห์
4	หมายถึง	เคยมี หรือเคยรู้สึกบ่อยมาก คือ เกือบทุกวัน

ในส่วนนของค่าคะแนนที่ประเมินภาวะซึมเศร้าซึ่งมี 20 ข้อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 80 คะแนนรวมที่
ได้จะถูกหารด้วย 20 จะได้ค่าคะแนนที่ใช้ตัดสิน เป็นระดับ 0 – 5 คือ 0 แสดงว่าไม่มีปัญหา
คะแนน 1 มีปัญหาเล็กน้อย คะแนน 2 มีปัญหาปานกลาง คะแนน 3 แปลว่ามีปัญหามาก และ
คะแนน 4 แสดงว่ามีปัญหาในระดับรุนแรง แบบวัดนี้เมื่อทดสอบแล้วพบว่ามีค่าอำนาจจำแนก
ระหว่างคนปกติและคนที่มีปัญหาทางจิตเวชได้ดี

The Thai General Health Questionnaire หรือ GHQ

เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตซึ่งมีหลายฉบับ ฉบับเต็ม(Thai GHQ – 60) มีข้อ
คำถาม 60 ข้อ ฉบับย่อมี 3 ฉบับ คือ Thai GHQ – 30, Thai GHQ – 28 และ Thai GHQ – 12 โดย
ตัวเลขที่ต่อท้ายคือ จำนวนข้อคำถาม ทุกฉบับมีข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และทุกฉบับมีค่า
ความเชื่อถือได้ และความแม่นยำตรงอยู่ในเกณฑ์ดี แต่แบบวัดนี้ใช้ได้กับคนทั่วไปโดยสามารถบอกได้
ว่าคนที่ตอบแบบสอบถามนี้น่าจะมีความผิดปกติทางจิตเวชหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกได้ว่ามี
ความผิดปกติทางจิตเวชชนิดใด นั่นคือในกรณีที่ประเมินภาวะซึมเศร้านั้นจะใช้แบบคัดกรองนี้
อย่างเดียวไม่ได้ ต้องใช้แบบประเมินภาวะซึมเศราร่วมด้วย

GHQ นี้จะให้ผู้ตอบสำรวจสุขภาพโดยทั่วไปของตนเองในระยะ 2 – 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบ GHQ
นี้เมื่อนำไปทดสอบพบว่ามีความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) และสัมประสิทธิ์
ความแม่นยำอื่นๆในระดับสูง เหมาะสำหรับใช้เป็นแบบคัดกรองความผิดปกติทางจิตเวชทั้งใน
ชุมชนและในสถานบริการ อย่างไรก็ตามจากผลการทดสอบได้ข้อสังเกตว่า ค่าความไวของ Thai
GHQ ในผู้ชายต่ำกว่าผู้หญิงค่อนข้างชัดเจน ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ชายมักประเมินว่าตนเองเป็นปกติ
มากกว่าผู้หญิงทำให้ได้ค่าผลลบปลอม (false negative) สูงกว่าผู้หญิง

Thai Geriatric Depression Scale: (TGDS)⁽²¹⁾

เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย สร้างโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง พ.ศ.
2535 โดยใช้ต้นแบบจาก Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yesavage กลุ่มคณะ
ผู้ทำวิจัยได้นำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยที่ได้ร่วมกันพัฒนาขึ้นนี้ไปทดลองใช้กับ
กลุ่มตัวอย่างของประชากรตัวอย่าง 275 ราย ทั่วทั้งประเทศไทย ซึ่งจำแนกเป็นเพศชาย 121 ราย
เพศหญิง 154 ราย ผลการรวบรวมและวิเคราะห์แบบวัดความเศร้าที่นำไปทดสอบทั้ง 275 ราย

พบว่า เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทดสอบ คือ 10.09 นาที (ค่าช่วงเวลาอยู่ระหว่าง 5-15 นาที) พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุหญิง เท่ากับ 0.94 และผู้สูงอายุชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.93 จึงสรุปได้ว่าแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยฉบับนี้มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ โดยแบบวัดประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ เป็นการทดสอบเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก

การคิดคะแนน ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 เป็นข้อความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางบวก ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลืออีก 20 ข้อ เป็นข้อความเกี่ยวกับตนเองด้านลบ ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

การแปลผล

ปกติไม่มีภาวะซึมเศร้า	0 – 12 คะแนน
ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (mild depression)	13 – 18 คะแนน
ผู้มีความเศร้าปานกลาง (moderate depression)	19 – 24 คะแนน
ผู้มีความเศร้ารุนแรง (severe depression)	25 – 30 คะแนน

การรักษาภาวะซึมเศร้า

การรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าควรใช้แนวทางการรักษาแบบองค์รวม (holistic approach) คือมีทั้งการรักษาทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผสมผสานเข้าด้วยกัน

1. **การรักษาทางร่างกาย (Somatic treatment)** คือการรักษาโดยใช้วิธีการทางชีวภาพหรือสรีระวิทยาเพื่อเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยดีขึ้น เช่น จิตเภสัชบำบัด (Psychopharmacotherapy) การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) การรักษาโดยการใช้แสง (Light therapy)

1.1 จิตเภสัชบำบัด (Psychopharmacotherapy) เนื่องจากการรักษาโรคซึมเศร้ามีมากมายหลายกลุ่มและแต่ละกลุ่มก็มีมากมายหลายตัว การเลือกใช้ยาตัวใดจึงขึ้นอยู่กับประวัติการตอบสนองต่อยาในอดีต ผลข้างเคียงของยาและความคุ้นเคยของแพทย์ผู้รักษา

1.1.1 ยากลุ่ม Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) ยาออกฤทธิ์ยับยั้งการออกซิเดชันของ norepinephrine และ serotonin จึงช่วยเพิ่มเพิ่มขึ้นส่งผลให้อารมณ์เศร้าดีขึ้น แต่สารไทรามิน (tyramine) ซึ่งเป็นสารกำเนิดของ norepinephrine ที่อยู่ในเนยแข็ง ไวน์ ช็อคโกแลต โยเกิร์ต กลัวย ได้รับยับยั้งไปด้วยทำให้ norepinephrine เพิ่มขึ้นซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง (tyramine induced hypertensive crisis) ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่ใช้ยานี้ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีไทรามินสูง ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่

phenelzine , tranylcypromine และ isocarboxazid ปัจจุบันยากกลุ่มนี้ได้เลิกใช้เป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากฤทธิ์ข้างเคียงที่เป็นอันตรายถึงชีวิต

1.1.2 ยากลุ่มไตรไซคลิกและเตตราไซคลิก (tricyclic and tetracyclic antidepressants : TCAs) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ในการลดการดูดกลับเข้าเซลล์ประสาทของ norepinephrine และ serotonin ที่จุดต่อปลายประสาท ทำให้สารเหล่านี้เพิ่มขึ้นส่งผลให้อารมณ์เศร้าหมดไปหรือทุเลาลง ในยากกลุ่มนี้ ได้แก่ imipramine , amitriptyline , doxepine , clomipramine และ nortriptyline ผลข้างเคียงของยากกลุ่มนี้

(1) ยาอาจเหนี่ยวนำให้ผู้ที่เป็นหรือไม่เป็น Bipolar disorder ให้เกิดอาการ mania

(2) ฤทธิ์ต่อต้าน anticholinergic เนื่องจากกลไกการออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับชนิด cholinergic ในสมอง จึงทำให้เกิดอาการตาพร่า ร้อยละ 85 ปากแห้ง คอแห้ง ร้อยละ 30 ท้องผูก และปัสสาวะลำบาก ในผู้สูงอายุอาจมีอาการผิดปกติในด้านความจำและการนึกคิด

(3) ผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดอาการใจสั่นเหงื่อออกมาก ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

(4) ผลต่อหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นเร็ว มีอาการหัวใจเต้นเร็ว มีอาการหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ (arrhythmia) หรือมี EKG เปลี่ยนแปลงเนื่องจากยากกลุ่มนี้มีฤทธิ์กดกล้ามเนื้อหัวใจโดยตรงเหมือน ยา atropine (ยานี้ใช้รักษาภาวะหัวใจเต้นช้าที่มีอาการ)

(5) ผลต่อประสาท ทำให้มีอาการมือสั่น บางรายได้รับยาขนาดสูงจนมีอาการกล้ามเนื้อกระตุก พูดไม้ชัดเดินเซ (ataxia)

1.1.3 ยากลุ่ม Serotonin-specific reuptake inhibitions (SSRIs) เป็นยาที่ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการดูดกลับของ serotonin มีประสิทธิภาพในการรักษาอารมณ์ซึมเศร้าเท่ากับยารักษาอารมณ์ซึมเศร้าชนิดเก่า ปฏิกริยาไม่พึงประสงค์ของยาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ในกลุ่มนี้ยา ฟลูออกซีทีน (fluoxetine) เป็นยาที่ได้รับความนิยมมากที่สุด ยาชนิดนี้ไม่มีผลต่อการรับรู้การเข้าใจ (cognition) และความจำ ไม่ทำให้เกิดอาการสับสนจึงนิยมใช้กับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังไม่มีผลต่อหัวใจจึงสามารถใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจได้อย่างปลอดภัย ผลข้างเคียงของยากกลุ่มนี้คือ

(1) ผลต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้มีอาการปวดศีรษะ หวาดหวั่น กังวล กระวนกระวาย นอนไม่หลับ ง่วง ซัก สีหน้าไม่ยินดียินร้าย (apathy) เบื่ออาหาร

(2) ผลต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้เบื่ออาหาร อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ ท้องร่วง

(3) อาการอื่น ๆ เช่น มีผื่นขึ้น ซึ่งมีอันตรายมากเพราะปฏิกิริยาภูมิแพ้อาจลามไปถึงปอดจึงควรให้เลิกใช้ยาในผู้ป่วยที่มีผื่นขึ้น นอกจากนี้ยากลุ่มนี้ยังทำให้น้ำตาลในเลือดลดลง จะต้องระวังในการใช้ยากลุ่มนี้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.2 การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy : ECT) การรักษาด้วยวิธีนี้นอกจากจะใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง (severe psychotic) คลั่งรุนแรง (severe mania) ยังใช้ได้ผลดีมากในผู้ป่วยซึมเศร้าที่รุนแรงหรือมีอาการของโรคจิตและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อาการที่ได้ผลดีคืออาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อารมณ์ทางเพศลดลง ความรู้สึกไร้ค่า สิ้นหวัง คิดตำหนิตัวเอง ความคิดฆ่าตัวตาย อาการเชื่องช้าหรือ พลุ่พลุ่ กระวนกระวายและอาการคิดว่าเป็นโรคทางกาย การรักษาด้วยวิธีนี้ไม่มีข้อห้ามโดยสมบูรณ์แต่จะมีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่เนื้องอกในสมองและผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ผลข้างเคียงของการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า คือ ความจำจะเสียมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจำนวนครั้งที่ทำความจำจะกลับคืนเป็นปกติภายในเวลา 3 – 6 สัปดาห์ ในผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุอาการสับสนจะเป็นมากและนาน การทำแบบ unilateral ECT จะทำให้อาการสับสนและความจำเสียที่เกิดขึ้นเป็นน้อยลง นอกจากนี้การรักษาด้วยวิธีนี้จะเป็นอันตรายถ้าทำการรักษาโดยไม่มีการใช้เทคนิคทางวิสัญญี (การวางยาสลบ) และการใช้ยากล้ามเนื้อ เพราะขณะชักผู้ป่วยจะเกิดอาการกล้ามเนื้อกระตุกอย่างรุนแรงอาจทำให้ฟันหัก หรือกระดูกเคลื่อนได้ และประมาณ 1:1,000 คน อาจตายจากการรักษาด้วยวิธีนี้ อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า ในปัจจุบันจะทำให้ผู้ป่วยหลับเป็นช่วงสั้น ๆ โดยฉีดยาเข้าเส้นเลือด และจะให้ยากล้ามเนื้อจนกล้ามเนื้อมาอาการกระตุกน้อยลงในระหว่างการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยตื่นขึ้นจะเกิดความรู้สึกงง ๆ เล็กน้อย บางคนอาจมีอาการปวดศีรษะบ้าง และประมาณร้อยละ 10 อาจจะรู้สึกกระวนกระวาย แต่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการเจ็บปวดเลย

1.3 การรักษาโดยใช้แสง (Light therapy) คือ การให้ผู้ป่วยได้รับแสง 2500- lux light เป็นเวลา 1-2 ชั่วโมงตอนเช้า เป็นการรักษาวิธีใหม่ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อรักษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการตามฤดูกาล โดยผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นในฤดูหนาว การให้ฤดูหนาว การให้ผู้ป่วยได้รับแสงสว่างเช่นนี้ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นภายใน 4-7 วัน ในปัจจุบันผู้ที่ให้การรักษาเช่นนี้ต้องเป็นผู้มีความชำนาญโดยเฉพาะผลข้างเคียงมีดังนี้ คือ มีอาการแทรกซ้อนของนิยน์ตา นอกจากนี้อาจเกิดอาการ hypomania หรืออาการร่าเริง ครั่นครวดได้

2. การรักษาทางสังคม (Social therapy) คือการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ดังนี้

2.1 คู่สมรสบำบัด (Marital therapy) การรักษาด้วยวิธีนี้จัดมุ่งหมายเพื่อแก้ไขปฏิสัมพันธ์ในชีวิตสมรสหรือเพื่อบรรเทาอาการ มีรายงานว่าปัญหาในชีวิตสมรสทำให้คู่สมรสคนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 27.1 หากผู้ป่วยเป็นโรคชนิดอื่นก็มักจะมีอาการทางอารมณ์เป็นอาการประกอบด้วยและถ้าคู่สมรสคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า คู่สมรสคู่นั้นอาจเกิดความไม่เข้าใจในอาการ เกิดความเข้าใจในวิธีการรักษาและการดำเนินของโรคนำไปสู่การวิพากษ์วิจารณ์จนทำให้ชีวิตสมรสไม่เป็นสุข (สุชาติ พหลภาคย์ อ่างถึงใน ทวี ตั้งเสรี)⁽⁷⁾

2.2 นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) การรักษาเน้นไปที่การปรับปรุงและดัดแปลงสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลหรือสถานบริการรักษาต่างๆ ให้เหมาะสมกับสภาพจิตใจของผู้ป่วยคล้ายคลึงกับชีวิตและกิจกรรมประจำวันต่างๆ ของสังคมภายนอก

3. การรักษาทางด้านจิตใจ (Psychoanalysis treatment) คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยวิธีการทางจิตใจโดยอาศัยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา ดังนี้

3.1 จิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) Sigmund Freud เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และเกี่ยวข้องกับการมีปัญหาในความภาคภูมิใจในตนเอง เป้าหมายของการรักษาด้วยวิธีนี้ คือ เพื่อจัดระเบียบโครงสร้างของบุคลิกภาพขึ้นมาใหม่ ขจัดความขัดแย้งของจิตไร้สำนึกให้รับรู้ถึงกลไกป้องกันทางจิตที่ตนใช้ และสร้างกลไกทางจิตที่ดีขึ้นมาสามารถไว้วางใจในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สามารถสร้างความใกล้ชิดสนิทสนม สามารถรับมือกับอารมณ์หลายๆ ชนิดรวมทั้งอารมณ์โศกเศร้าเสียใจ การรักษาด้วยวิธีนี้ใช้เวลานานมาก ผู้ป่วยต้องพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ระยะเวลา 1-5 ปี

3.2 จิตบำบัดเชิงสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy : IPT) เป็นจิตบำบัดชนิดสั้นที่ใช้ระยะเวลาในการรักษาประมาณ 12-16 สัปดาห์ มีพื้นฐานมาจาก Theory of Psychobiology ของ Adolph Meyer และ Interpersonal ของ Harry Sullivan โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอาการซึมเศร้าด้วยการปรับปรุงแก้ไขสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ผิดปกติให้ดีขึ้นเน้นที่สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในปัจจุบันมากกว่าอดีต และไม่ให้ความสำคัญกับการขัดแย้งภายในจิตใจ

3.3 พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ มุ่งรักษาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากโรค มิใช่การรักษาที่สาเหตุของโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยผู้ป่วยให้เพิ่มความถี่ของการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยเป็นปฏิสัมพันธ์ที่ทำให้ได้รับแรงเสริมทางบวก เพิ่มทักษะทางสังคมและให้แรงเสริมต่อตนเองตามที่เป็นจริงและถูกต้อง เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวจะทำให้การคิดที่เป็นสาเหตุทำให้ซึมเศร้า (depress thought) และความรู้สึกซึมเศร้า (depress feeling) ดีขึ้น มีการศึกษาพบว่าการรักษาด้วยวิธีนี้ช่วยรักษาโรคซึมเศร้าชนิด

ไม่รุนแรงได้ร้อยละ 75 ส่วนผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้าชนิดรุนแรงควรได้รับการรักษาด้วยยาาร่วมด้วย

3.4 การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) กำเนิดจากแนวคิดเรื่องพฤติกรรมนิยม (behaviourism) และแนวคิดเรื่องจิตวิทยาความคิด (cognitive psychology) ที่เชื่อว่าความคิดมีผลต่อพฤติกรรม (Carson and Arnold อ้างถึงใน ทวี ตั้งเสรี)⁽⁷⁾ และยังสามารถพัฒนาและประยุกต์แนวทางวิธีการและเทคนิคการรักษาไปจนมีหลายรูปแบบ แต่ทุกรูปแบบของการบำบัด วิธีนี้มีหลักเหมือนกันอยู่ 3 ประการ คือ 1) ความคิด (cognition) มีผลต่อพฤติกรรม 2) ความคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและเปลี่ยนแปลงได้ และ 3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมทำได้โดยการเปลี่ยนความคิด

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ⁽²²⁾ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีชีวิตอยู่ช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต เป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หน้าที่การงานและบทบาททางสังคมลดลง เป็นวัยที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ดูแล อุปการะ เพื่อให้มีความสุข

เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ภาวะที่พบได้บ่อยมาก คือ ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม ภาวะทั้ง 2 นี้เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการตายของผู้สูงอายุ โดย “โรคความจำเสื่อม” เป็นโรคที่พบได้บ่อยในประชากรวัยชรา ทุก 1 คนใน 5 คนที่อายุสูงกว่า 85 ปีจะเป็นโรคนี้ซึ่งเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต กระทบทั้งพฤติกรรมความจำและการเข้าสู่สังคมราว 75% ของโรคความจำเสื่อมที่เป็นที่รู้จักที่เรียกว่า โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ส่วนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุพบได้ราว 15%⁽²³⁾

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ⁽²⁾ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะผู้ที่มีโรคทางกายร่วมด้วย แต่มักจะถูกมองข้ามและเข้าใจผิดว่าเป็นจากความชรา จากงานวิจัยของต่างประเทศพบว่า อัตราความชุกของโรคอารมณ์ซึมเศร้าโดยเฉลี่ยร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนและร้อยละ 30 ในผู้ป่วยสูงอายุที่มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน และพบมากขึ้นในสถานสงเคราะห์คนชราถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมจะพบผู้สูงอายุที่มีอารมณ์ซึมเศร้าถึงร้อยละ 20

มีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากป่วยด้วยโรคซึมเศร้า แต่ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เนื่องจากแพทย์ผู้รักษาไม่ได้คิดว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้และคิดว่าอาการของผู้ป่วย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และรู้สึกเหงาหงอยหรือไม่สดชื่นแจ่มใส เป็นอาการตามปกติของคนวัยนี้หรือคิดเพียงว่าเกิดจากความเครียดหรือมีปัญหาทางด้านจิตใจผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

ทำให้โรคนี้เรื้อรังและมีอาการรุนแรงขึ้น ส่งผลให้ประสิทธิภาพทางด้านต่างๆ ลดลงอย่างรวดเร็ว เช่น ละเลยกิจวัตรประจำวัน ไม่ออกไปเดินเล่น ไม่ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุหรือพูดคุยกับคนอื่น อาจใช้เวลาในแต่ละวันหมดไปกับการนอน ไม่มีแรง สีหน้าหมกมุ่น อมทุกข์ ไม่มีชีวิตชีวา และมักบ่นว่าตนเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และมีอาการทางร่างกายหลายอย่าง เช่น ท้องอืด แน่นปวดท้อง มีน้ําคีระ สะมองที่บ่นก็อะไรไม่ออกหรือปวดเมื่อยตามตัวตามข้อ ผู้ที่เป็นรุนแรงจะเกิดความคิดว่าตนเป็นโรคร้ายแรงรักษาไม่หายหรือเป็นมะเร็ง ก่อให้เกิดความท้อแท้ คิดเบี่ยงชีวิตและมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องมีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จมีสูง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

1. มีความอ่อนแอเนื่องจากร่างกายอ่อนสมรรถภาพหลายๆ อย่างดังต่อไปนี้
 - 1.1 หลอดเลือดแข็งทำให้เลือดไปสู่อวัยวะน้อยลง มีอาการหลงลืมง่าย การรู้การเข้าใจจะไม่ดีเหมือนเดิม
 - 1.2 หัวใจและปอดทำงานน้อยลงทำให้เกิดอาการเหนื่อยง่าย
 - 1.3 ความไวต่อการรับรู้ลดลง เช่น ตาพล่ามัว หูตึงและการรับรสไม่ดี
 - 1.4 มีอาการของระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องแน่น ท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย และท้องผูก
 - 1.5 กระดูกผุและบาง กล้ามเนื้อลีบเล็ก ผิวหนังบางและเหี่ยว
 - 1.6 สมรรถภาพของไตลดลง ทำให้ความสามารถในการกรองพิษลดลง
 - 1.7 เซลล์สมองมีจำนวนน้อยลงทำให้ความจำเสื่อมง่าย นึกอะไรออกยาก
2. มีเรื่องกระทบกระเทือนใจ เช่น มีการสูญเสียชีวิตหรือการพลัดพรากจากกันของคู่ครอง บุตร พี่น้องและญาติสนิทรวมทั้งการต้องออกจากงานเนื่องจากเกษียณอายุ
3. มักมีความรู้สึกวิตกกังวลเนื่องจากปัญหาหลายอย่าง เช่น ไม่มีคนคอยดูแล มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การเกษียณอายุและต้องอยู่บ้านเฉยๆ ไม่มีงานทำ
4. มีโรคทางกาย เช่น ปวดหลัง ปวดตามข้อ กระดูกผุโดยเฉพาะผู้หญิงทำให้กระดูกหักง่าย ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ

ปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวส่งผลต่อจิตใจอย่างมาก ที่สำคัญคือความรู้สึกในคุณค่าของตนลดน้อยลงทำให้เป็นโรคซึมเศร้าได้ง่าย

Mild Cognitive Impairment (MCI)^{(24),(25),(26),(27)}

ในผู้สูงอายุ อาจมีปัญหาด้านความจำมากกว่าคนปกติในวัยเดียวกัน แต่ก็ไม่มากถึงกับภาวะสมองเสื่อม เราเรียกภาวะนี้ว่า cognitive function บกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment หรือ MCI) ภาวะนี้จะอยู่ระหว่างภาวะสมองเสื่อม (dementia) กับ ภาวะหลงลืมของคนปกติ (normal forgetfulness) ซึ่ง มีความชุกร้อยละ 10 -15 ในประชากรผู้สูงอายุ แต่ในคนที่ MCI ผู้ป่วยจะลืมสิ่งที่ไม่ควรลืม เช่น ลืมวันนัดหมายที่สำคัญๆ และจะเกิดขึ้นบ่อยๆ จนรบกวนการทำงานหรือชีวิตประจำวัน แต่จะไม่สูญเสียหน้าที่การทำงาน การดำเนินชีวิต การตัดสินใจ การใช้เหตุผล เป็นต้น การวินิจฉัยอาจทำได้ยาก ส่วนมากจะทราบข้อมูลจากคนข้างเคียงมากกว่าที่จะรู้จากโดยตนเอง

ดังนั้นคำจำกัดความของ MCI คือ ผู้ที่มีปัญหาทางด้านความจำร่วมกับตรวจทาง cognitive function พบว่ามีความจำบกพร่อง แต่ไม่ทำให้สูญเสียหน้าที่การทำงานเหมือนในผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยภาวะความจำบกพร่องนี้จะมากกว่าคนปกติที่อยู่ในวัยเดียวกัน และการศึกษาในระดับเท่ากัน

ความสำคัญของ MCI คือ ภาวะนี้เป็นกลุ่มอาการ (syndrome) ไม่ใช่โรค มีผู้ป่วย MCI จำนวนหนึ่งที่แปรเปลี่ยนเป็นโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ ประมาณร้อยละ 10 – 15 ต่อปี โดยเฉพาะชนิดที่มีความจำบกพร่องเด่น (amnestic MCI) ผู้ป่วย MCI บางส่วนกลับมาเป็นปกติมีภาวะ MCI หายไปเองโดยไม่ต้องใช้ยา และบางส่วนก็ยังเป็น MCI เหมือนเดิมเมื่อมีการประเมินรายปีแบบต่อเนื่อง

การวินิจฉัยแยก MCI จากภาวะอื่น⁽²⁵⁾

1. Transient global amnesia (TGA) เป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อยเหมือน MCI มักจะเป็นในคนอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่ขณะอยู่ดีๆ เกิดมีอาการลืมอะไรหมดแต่รู้ตัวดี มักจะถามซ้ำๆ ภาวะเสียความจำเป็นเรื่องที่จะเกิดขึ้นข้างหน้า (antero-grade) ในช่วงเวลาที่มักจะอยู่ประมาณ 24 ชั่วโมงหรือนานกว่านั้นไม่มาก ความจำก็จะกลับมา ประชานพิสัยใน เรื่องอื่นเช่น ภาวะการสื่อความด้วยคำพูดและการรู้ปฏิบัติ (praxis) เป็นปกติระหว่างมีอาการ คนที่เคยมี TGA มักจะเป็นครั้งเดียวแล้วไม่ค่อยเป็นอีก มีเพียงร้อยละ 3 ที่เกิดมีอาการซ้ำอีก อาการที่เกิดขึ้นจะเป็นทันทีทันใดเช่นตอนตื่นนอนเช้า บางรายเป็นหลังอาบน้ำร้อนหรือหลังออกกำลังกายมาเหนื่อยๆ หรือเกิดหลังจากร่วมเพศ เชื่อกันว่าขณะเกิดอาการ mesial temporal lobes ทั้ง 2 ข้างทำงานผิดปกติมากโดยเฉพาะข้างซ้ายผิดปกติอยู่นานกว่าข้างขวาจาก venous ischaemia

2. **Transient epileptic amnesia (TEA)** เป็นโรคลมชักชนิดหนึ่งที่พบได้น้อยมากจนถึงปัจจุบัน มีรายงานไว้ไม่ถึง 50 ราย มักพบในวัยกลางคนไปแล้ว ผิดกับ TGA ที่ผู้ป่วยจะมีอาการซ้ำๆ เป็นครั้งละไม่เกิน 1 ชั่วโมง ขณะมีอาการผู้ป่วยรู้ตัวดี ประชาชนพิสัยในด้านอื่นนอกจากความจำเป็นปกติ ตรวจคลื่นสมองทั่วไปอาจจะไม่พบอะไรผิดปกติแต่ถ้าให้อดนอน และตรวจคลื่นสมองซ้ำอาจเห็นความผิดปกติได้

3. **Psychogenic amnesia (PA) หรือฟิวจ์ (fugue)** ทางจิตเวช ผู้ป่วยมักมีอาการในช่วงที่มีความเครียดจัด ลืมความจำเกี่ยวกับอดีตชั่วประวัติ ลืมเอกลักษณ์ตนเอง แต่การเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ ยังดี ผู้ป่วยจะไม่ถามซ้ำๆ เช่น คนที่มีอาการ TGA

การตรวจทางคลินิก⁽²⁵⁾

ประวัติ เกี่ยวกับอาการปัจจุบันและประวัติส่วนตัวมีความสำคัญมาก ผู้ป่วยมักจะบ่นเรื่องซีดๆ ลืมนัด วางของในบ้านแล้วหาไม่พบ จำชื่อบุคคลที่รู้จักไม่ได้ เป็นต้น ถ้าอาการเป็นบ่อยและดูจะมากขึ้นจนบางครั้งชีวิตประจำวันเริ่มไม่เป็นปกติ แพทย์ควรตรวจร่างกายทั่วไปรวมทั้งทางระบบประสาทและทำการทดสอบความจำและ สมรรถนะทางประชานพิสัยซึ่งมีให้เลือกหลายรูปแบบ เช่น MMSE หรือ mini-mental state examination⁽²⁴⁾ ซึ่งมีแบบภาษาไทย แบบทดสอบ The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) เป็นเครื่องมือเพื่อคัดกรองอย่างรวดเร็วสำหรับภาวะพุทธิปัญญาเสื่อมระยะแรก โดยสามารถประเมินหน้าที่ด้านต่างๆดังนี้ ความตั้งใจ ,สมาธิ, การบริหารจัดการ (executive function), ความจำ, ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ (visuoconstructional skills) , ความคิดรวบยอด , การคิดคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัว (orientation) ใช้เวลาประเมินทั้งหมดประมาณ 10 นาที โดยมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 26 ขึ้นไปจึงจะถือว่าปกติ และการตรวจแบบใช้เวลาไม่ถึง 10 นาที16 ที่สำคัญ ก็คือการใช้แบบเดิมคำถามเดิมทุกครั้งผู้ป่วยมาตรวจ ครั้งต่อไปเพื่อเป็นข้อเปรียบเทียบ นอกจากนี้ยังควรประเมินสภาพจิตของผู้ป่วยด้วยเพราะผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า อาจมาบ่นกับแพทย์เรื่องความจำเสื่อมได้โดยที่ความจำอาจจะผิดปกติร่วมด้วย หรือเป็นปกติก็ได้ ประวัติการใช้ยาทุกชนิดที่ผู้ป่วยรับประทานอาจมีส่วนทำให้เกิดอาการซีดๆ ได้โดยเฉพาะยานอนหลับ ยาคลายเครียดหรือแม้กระทั่งยาอย่าง corticosteroids

เมื่อตรวจร่างกายทางระบบประสาทแพทย์ควร ให้ความสนใจในเรื่องพลพิสัยและจิตพิสัยเป็นพิเศษเช่นสังเกตท่าเดิน (gait) ของผู้ป่วยเพราะท่าเดินเป็นพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวที่อาศัยการทำงานที่สลับ ซับซ้อนของสมอง18 คนที่มี MCI และท่าเดินไม่ปกติมีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อม

มากกว่าคนที่มี MCI อย่างเดียว นอกจากนี้ผู้ป่วย MCI ที่มีอาการแปรปรวน ซึมเศร้าก็เช่นกัน โรคสมองเสื่อมไม่ได้จำกัดเฉพาะ AD แต่อาจเกิดจากหลอดเลือดแดงสมองพิการ (vascular dementia, VaD) หรือเป็นสมองเสื่อมที่มี Lewy bodies (dementia with Lewy bodies, DLB) ก็ได้

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ⁽²⁵⁾

นอกจากการตรวจเลือด บัสสวาระและอุจจาระที่อายุรแพทย์ทั่วๆ ไปปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว แพทย์ควรส่งตรวจ ESR, Blood VDRL และ FTA-Abs, serum thyroxine และ TSH, Serum protein electrophoresis, Ca⁺⁺ และในบางรายถ้า blood smear ชวนให้สงสัยการขาดวิตามินบี 12 ก็ควรส่งเลือดหาระดับสารดังกล่าวด้วย

MRI

การตรวจ MRI มีประโยชน์มากเพราะนอกจากช่วยให้แน่ใจว่าไม่มีโรคที่เกิดเฉพาะที่ เช่น เนื้องอกสมองและ chronic subdural haematoma เป็นต้น แล้วยังช่วยให้แพทย์ทราบว่ามีสมองส่วนไหนเหี่ยวฝ่อ นอกจากนี้การใช้เทคนิคพิเศษยังอาจช่วยทำนายได้ด้วยว่าผู้ป่วย MCI รายใดจะเป็น AD ด้วย

PET

เป็นการตรวจที่ช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยแยกคนที่มี MCI จากคนปกติและจากผู้ป่วยที่สมองเสื่อมจาก AD โดย Small และคณะ ใช้สารที่มีชื่อย่อว่า FDDNP ฉีดเข้าหลอดเลือดดำเป็นตัวไปจับกับโปรตีน amyloid และ tau ซึ่งสะสมในสมองบางส่วนมากผิดปกติใน AD เช่นเดียวกับ neuritic plaques และ neurofibrillary tangles ที่เกิดขึ้นมากที่บริเวณ hippocampus และ neocortex ซึ่งจากเครื่อง PET scan จะสามารถแสดงให้เห็นได้

การตรวจเลือดและน้ำหล่อไขสันหลังพิเศษ

APOE- \sum 4 allele เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็น AD ในผู้สูงอายุ ถ้าทำได้การตรวจเลือดหา APOE phenotype ในผู้ป่วย MCI อาจจะมีประโยชน์เพราะมีรายงานว่าถ้ามี APOE- \sum 4 ความจำผู้ป่วยจะเสื่อมมากขึ้น การตรวจน้ำหล่อไขสันหลังเพื่อหา total tau (ดัชนีวัดเซลล์ประสาทเสื่อม) hyperphosphorylated tau (ดัชนีวัด tau fibrillation และ tangle formation) และ amyloid beta 1-42 ช่วยพยากรณ์การเกิด AD ภายใน 5 ปี โดยมีความไวที่ร้อยละ 95 และความจำเพาะที่ร้อยละ 83 ถ้า tau ทั้ง 2 ชนิดมีค่าสูงและ amyloid beta 1-42 มีค่าลดลงกว่าปกติ และต่ำสุด

Finehout และคณะ ใช้วิธีโปรตีนอิมมูโนตรวจ น้ำหล่อไขสันหลังพบว่า สามารถวินิจฉัย AD ได้โดยมีความไวที่ร้อยละ 93 และความจำเพาะที่ร้อยละ 90

โรคหรืออาการที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อม

1) แรงดันเลือดต่ำ

ใน ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่ง 29 ในผู้ที่มีอายุเกิน 75 ปี ที่มีแรงดัน เลือด diastolic ที่ 70 มิลลิเมตรปรอทหรือต่ำกว่าเป็นเวลา 2 ปีขึ้นไป มีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อมสูงขึ้น

2) แรงดันเลือดสูง

เป็น ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแดงสมองแตกและตีบและสมองเสื่อม ทำให้เกิด VaD ในบรรดา ยาที่รักษาแรงดันเลือดในผู้ป่วยสูงอายุพบว่า ยา diuretics ลดการเกิด AD แต่ยาประเภท calcium channel blockers และยาที่ยับยั้ง angiotensin converting enzyme ไม่มีผล เช่นนั้นในขณะที่ betablocker อาจมีผลบ้าง

3) โรคเบาหวาน

การทดสอบประชาชนพิสัยผู้ป่วยวัยกลางคนทั้งชายและหญิงที่เป็นโรคเบาหวานประเภท 2 ให้ผลที่ไม่ดีเท่าคนปกติ ในผู้ป่วยด้วยเบาหวานประเภท 1 ก็เช่นเดียวกัน การเกิดสมองเสื่อมจาก AD และ VaD เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยเบาหวาน แต่กลไกที่ทำให้เกิดโรคยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด

4) ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง

มีหลักฐานจากการวิจัยเพิ่มขึ้นถึงความเกี่ยวพันระหว่าง cholesterol metabolism และการเกิด amyloid plaques ในสมอง โดยถ้ามีโคเลสเตอรอลมากเกินไปจะเกิด amyloid-beta peptide มากขึ้น ยาลดระดับโคเลสเตอรอลประเภท statin จึงเป็นจุดสนใจ ของนักวิจัยในเรื่องนี้ มาก เมื่อเร็วๆ นี้มีการศึกษาในหนูทดลองพบว่า beta-amyloid ชนิดหนึ่งเรียกว่า ABeta*56 ที่สกัดได้จากสมองหนูที่มีอายุแล้วเมื่อฉีดเข้าไปในหนูที่อายุน้อยทำให้ หนูพวกนั้นมีความจำ ผิดปกติชั่วคราวได้ ทำให้นักวิจัยเกิดความหวังว่าหาก ความจำที่เริ่มเสื่อมในคนเป็นเพราะเหตุนี้เรา อาจจะหายาหรือวิธีแก้ไขได้ก่อน ที่จะเกิดมีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของเซลล์สมองจากการเกิด amyloid plaques

พระภิกษุสงฆ์

การให้ความหมายของคำว่า “พระภิกษุสงฆ์”

สุพัทธา วงศ์จิระสวัสดิ์⁽²⁸⁾ ให้ความหมายของคำว่า พระภิกษุสงฆ์ คือ หมู่พระสาวก ผู้ปฏิบัติตามคำสอนของพระพุทธเจ้า ได้รับผลแห่งการปฏิบัติแล้วนำมาเผยแพร่ให้แพร่หลายโดยนำมาสอนให้ผู้อื่นได้รู้และปฏิบัติตามสืบต่อกันมา พระภิกษุสงฆ์จึงนับเป็นพุทธศาสนาทายาทอันดับหนึ่งของพระพุทธองค์ พระพุทธเจ้าทรงจัดพระภิกษุสงฆ์ไว้ในโครงสร้างที่สำคัญของพระพุทธศาสนา คือ เป็นหนึ่งในรัตนตรัยทั้ง 3 คือ พระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์

ธรรมทาส พานิช⁽²⁹⁾ ให้ความหมายของคำว่า พระสงฆ์ คือ ผู้ปฏิบัติตามอย่างพระพุทธเจ้า เห็นแจ้งในอริยสัจ บรรลุมรรคผลเป็นอริยบุคคล เอาชนะความทุกข์ได้มากน้อยหรือได้อย่างเด็ดขาด ตามความสามารถ

บุญมี แทนแก้ว⁽³⁰⁾ ให้ความหมายของคำว่า พระสงฆ์ คือ ท่านผู้ละทรัพย์สมบัติกับทั้งบ้านเรือนออกบวชเพื่อปฏิบัติตามคำสอนของพระพุทธเจ้า เริ่มตั้งแต่พระโกณฑัญญะในพวกปัญจ-วัคคีย์เป็นรูปแรก และในเวลาต่อมา เมื่อได้เข้าอุปสมบทและประพฤติปฏิบัติจนสำเร็จอริยมรรค อริยผลก็ได้นามว่า “อริยสงฆ์” ส่วนที่ยังไม่สำเร็จอริยมรรค อริยผลดังเช่นพระภิกษุสงฆ์ในปัจจุบันนี้ก็ได้นามว่า “สมมติสงฆ์” ทั้ง 2 ฝ่ายต่างก็เป็นสาวกของพระพุทธเจ้า และได้ศึกษาคำสอนของพระพุทธเจ้าเป็นแนวทางประพฤติปฏิบัติตามและได้สั่งสอนผู้อื่นสืบมา อันเป็นหน้าที่ของพระสงฆ์ จึงได้รับการเคารพนับถือจากประชาชนเหล่านี้ เรียกว่า “พระสงฆ์” ทั้งนี้

สรุป คำว่า **พระภิกษุสงฆ์** คือ พระสาวกผู้ปฏิบัติตามแนวทางคำสอนของพระพุทธเจ้า เพื่อให้เห็นแจ้งถึงอริยสัจ เพื่อเอาชนะความทุกข์ และเป็นผู้นำที่ศึกษาคำสอนของพระพุทธองค์เพื่อเผยแพร่คำสอนให้แก่ผู้อื่นได้ศึกษาเรียนรู้ ประพฤติปฏิบัติอย่างถูกต้อง อีกทั้งเป็นการสืบต่อทางพระพุทธศาสนาให้คงอยู่สืบไปอีกด้วย

การบวชของพระสงฆ์ไทยและนิกายในพระสงฆ์ไทยในประเทศไทย^{(28),(31)}

การบวชของพระสงฆ์ไทย ใช้วิธีแบบญัตติจตุตถกรรม คือ การอุปสมบทด้วยการสวดญัตติเป็นที่ 4 ซึ่งยังคงใช้ตามอย่างครั้งพุทธกาล เพียงแต่จุดมุ่งหมายในการบวชนั้นต่างกัน ในสมัยพุทธกาลนั้นการออกบวชก็เพื่อกำจัดกิเลสทั้งปวงให้หมดไป ผู้ที่ออกบวชจึงเป็นผู้ที่มีใจเปื้อนหน่ายโลก เห็นทุกข์ภัยเป็นสังสารวัฏ จึงบวชด้วยใจเด็ดเดี่ยว มอภกายถวายชีวิตต่อพระศาสนาจะไม่มี

การฝึก ด้วยเหตุนี้จึงมีน้อยคนนักที่จะออกบวชจึงทำให้ครั้งพุทธกาลมีพระอริยบุคคลเกิดขึ้นมากมาย ซึ่งต่างจากการบวชพระในปัจจุบันที่ส่วนมากหรือเกือบทั้งหมดจะบวชทั้งที่ใจไม่พร้อมจะบวช ยังคงมีกิเลสยึดติดกับทางโลกอยู่ แต่ที่จำเป็นต้องมาบวชก็เพราะมีเหตุอื่นมาบังคับให้บวช เช่น บิดามารดาขอให้บวช บวชแล้วออกมาจะได้แต่งงานบ้าง ถ้าหากในการหาเลี้ยงชีพบ้าง ยากจน ขัดสน ไม่มีเงินเรียนทางโลกบ้าง เป็นต้น จึงมีน้อยคนนักที่จะออกบวชเพื่อกำจัดกิเลสไปนิพพาน ดังนั้นคนส่วนใหญ่จึงไม่ได้ตั้งใจจะบวชตลอดชีวิต จุดหมายที่บวชก็เพียงเพื่ออยู่สงบสุขในปัจจุบัน มุ่งไปสวรรค์ในชาติหน้า เพราะฉะนั้นพระสงฆ์ไทยส่วนใหญ่จึงสึก เมื่อสึกออกมาแล้ว สังคมก็ยกย่องว่าเป็น**ทิด**ซึ่งมาจากคำว่า **บัณฑิต** แปลว่า ผู้ดำเนินชีวิตด้วยปัญญา เป็นผู้รู้ เป็นคนสุข เป็นพลเมืองดีของชาติ และพร้อมที่จะเป็นหัวหน้าครอบครัวต่อไป

พระสงฆ์ไทยเป็นเถรวาทหรือหินยาน ส่วนพระสงฆ์จีน พระสงฆ์ญวน ซึ่งนั่งกางเกงสี่เหลี่ยม ดังที่เห็นกันเป็นมหายาน ความจริงในครั้งพุทธกาลยังไม่มีนิกายใด พระพุทธองค์ต่างเป็นสาวกของพระพุทธเจ้าเหมือนกันหมด ส่วนนิกายที่เกิดขึ้นก็เริ่มตั้งเค้ามาตั้งแต่การทำสังคายนาครั้งที่ 2 กล่าวคือ เมื่อพระพุทธเจ้าเสด็จปรินิพพานได้ 100 ปี พระยศกาทันฑบุตร เป็นประธานพร้อมด้วยพระภิกษุ-สงฆ์ 700 องค์ จัดทำสังคายนาขึ้นที่วัดวาฬุการาม นครเวสาลี แคว้นวัชชี บรรณารภวภิกษุวัชชีบุตรที่แสดงวัตถุ 10 ประการให้ผิดจากพระวินัยเป็นเหตุ คือ

1. ภิกษุเก็บเกลือไว้ในแขนง (เขาสัตว์) หากนำไปปะปนกับอาหารอื่นก็ฉันได้ไม่เป็นอาบัติ
2. ดวงตะวันแม้บ่ายคล้อยไปแล้วเพียง 2 องคุลี ก็ยังฉันอาหารได้ไม่เป็นอาบัติ
3. ภิกษุฉันอาหารในวัดเสร็จแล้วเข้าบ้าน หากทายกถวายอาหารอีกก็ฉันได้ไม่เป็นอาบัติ
4. วัดใหญ่ หากภิกษุจะแยกกันทำอุโบสถสังฆกรรมก็ได้ไม่เป็นอาบัติ
5. ภิกษุสามารถทำอุโบสถสังฆกรรมได้ แม้ไม่ได้รับมอบฉันนะ (คำยินยอม) จากภิกษุอาพาธก็ตาม
6. การประพฤติปฏิบัติตามที่พระอุปัชฌาย์และอาจารย์เคยสอนกันมา แม้ผิดก็ควรทำตาม
7. ภิกษุฉันนมสดที่ยังไม่แปรเป็นนมเปรี้ยวได้ ไม่เป็นอาบัติ
8. ภิกษุดื่มสุราที่มีดีกร้อ่อนได้ไม่เป็นอาบัติ
9. ภิกษุใช้นิสีทนะ (ผ้าปูนั่ง) ที่ไม่มีชายได้ ไม่เป็นอาบัติ
10. ภิกษุรับเงินและทองได้ไม่เป็นอาบัติ

ในการทำสังคายนาครั้งนี้มีพระเจ้ากาลาโศกราชทรงเป็นผู้อุปถัมภ์จัดทำอยู่ 8 เดือนจึง

เสร็จ ส่วนพวกภิกษุวัชชีบุตรไม่พอใจ ไม่ยอมรับรองการทำสังคายนาครั้งนี้ จึงได้แยกตัวออกไป และได้ร่วมกับพระพวกอื่นๆ อีก ประมาณ 10,000 รูป เรียกว่าพวกมหาสังฆิกะ จัดทำสังคายนา กันเองที่เมืองกุสมปุระซึ่งอยู่ใกล้เมืองปาฏลีบุตร ให้ชื่อสังคายนาครั้งนี้ว่า มหาสังคีติ ทำให้เกิด นิกายมหาสังฆิกะขึ้นเป็นครั้งแรก ซึ่งนิกายนี้ได้เป็นที่มาของนิกายมหายานในเวลาต่อมา

นิกายมหายานหรือนิกายเถรวาทต่างก็ยึดหลักคำสั่งสอนที่สำคัญของพระพุทธเจ้า เช่น อริยสัจ 4 มรรคมีองค์ 8 และปฏิจตุสมุขปาถ เป็นต้น ไว้เช่นเดียวกัน ส่วนจุดที่แตกต่างกัน คือ **นิกายเถรวาท** มุ่งรักษาคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าไว้ให้อยู่ในรูปเดิม จึงไม่มีการตัดและไม่มีการ เติม เพราะมีความเห็นว่าหากปล่อยให้ตัดให้เติมได้ก็มีปัญหาแน่นอน เพราะพระพุทธรูปยอมไม่รู้ อะไรควรตัดควรถอน ก็จะตัดหรือถอนกันไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุดเช่นกัน จนกลายเป็นสัทธรรมปฏิรูป หรือคำสั่งสอนปลอมหาคำสอนแท้ไม่ได้ จะทำให้พระธรรมคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าได้อันตรธาน หายไปหมดเช่นกัน ส่วน**นิกายมหายาน**มุ่งเผยแผ่พระพุทธศาสนาให้กว้างไกลออกไปให้มากที่สุด เป็นสำคัญ เพราะฉะนั้นหากจำเป็นจะต้องปรับปรุงหรือตัดอะไรบางอย่างก็ทำได้ ดังนั้นจึงมีความ เชื่อในเรื่องพระพุทธเจ้า พระโพธิสัตว์และเทวดาตลอดทั้งพิธีกรรมต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย ดังนั้น พระไตรปิฎกของนิกายมหายานจึงมีมากกว่าพระไตรปิฎกฝ่ายเถรวาทหลายเท่า

การแพร่ขยายของนิกายทั้ง 2 เป็นไปดังนี้ นิกายเถรวาทแผ่ขยายไปทางทิศใต้ของประเทศอินเดีย มีประเทศศรีลังกาต่อมาขยายไปยังประเทศพม่า ไทย ลาว และเขมร จึงเรียกอีก ชื่อหนึ่งว่า “ทักษิณนิกาย” ส่วนนิกายมหายานแผ่ขยายทิศเหนือของประเทศอินเดีย มีประเทศ ทิเบต เนปาล สิบิม ภูฐาน จีน มองโกเลีย เกาหลี ญี่ปุ่น และเวียดนาม จึงมีอีกชื่อหนึ่งว่า “อุตตรนิกาย”

พระสงฆ์ไทยสังกัดอยู่ในเถรวาท ส่วนที่แบ่งเป็นมหานิกายและนิกายธรรมยุตนั้นเป็นเรื่อง ภายในของประเทศไทยเอง ความจริงแล้วพระสงฆ์ไทยในสมัยก่อน ยังไม่มีมหานิกาย และ ธรรมยุตนิกาย ต่อมาเมื่อเจ้าฟ้ากรมภูมุตติเทวารวงศ์ หรือรัชกาลที่ 4 ในกาลต่อมา ทรงอุปสมบท ทรงศึกษาภาษาบาลีจนแตกฉาน จึงทรงทราบว่าการศึกษาพระพุทธานุสสติของพระสงฆ์ในสมัยนั้นผิด จากพระธรรมวินัยอยู่มาก ทั้งนี้ก็เพราะพระสงฆ์ในสมัยนั้น ไม่มีตำรับตำราให้ศึกษาเพราะถูก พม่าเผาจนหมดเมื่อครั้งเสียกรุงศรีอยุธยา จึงไม่ทราบว่าการศึกษาปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นอย่างไร พระองค์จึงหันไปประพฤติปฏิบัติตามพระธรรมวินัยเมื่อพระสงฆ์องค์อื่นเห็นเข้า บางองค์เกิด ความเลื่อมใสจึงหันมาปฏิบัติตามอย่างพระองค์บ้าง เมื่อเวลาผ่านไปก็มีพระหันมาปฏิบัติเหมือน พระองค์มากขึ้นตามลำดับ นี่คือนิกายของ**ธรรมยุตนิกาย** ครั้นเมื่อมีธรรมยุตนิกายเกิดขึ้น ก็ จะต้องเรียกฝ่ายที่ธรรมยุต เพื่อจะได้เข้าใจตรงกันว่า มหานิกาย ดังนั้นจึงเกิดมีมหานิกายและ

ธรรมยุตินิกายตั้งแต่บัดนั้นเป็นต้นมา ทำให้มีการตื่นตัวของพระสงฆ์ไทยเป็นการใหญ่ ทุกฝ่ายได้อาศัยความรู้จากการค้นคว้าของพระภิกษุเจ้าฟ้ามกุฏสมมุติเทววงศ์ นำไปศึกษาและปฏิบัติจนทำให้พระสงฆ์ไทย ทั้ง 2 นิกาย ปฏิบัติเหมือนกันรักษาศีล 227 ข้อ อย่างเดียวกัน

จำนวนพระภิกษุและสามเณรในประเทศไทย⁽⁵⁾

จำนวนพระภิกษุสงฆ์ทั้งหมด 267,939 รูป ในจำนวนนี้เป็นพระมหานิกาย 239,643 รูป เป็นพระธรรมยุต 28,296 รูป และจำนวนสามเณรทั้งหมดมี 65,937 รูป ในจำนวนนี้เป็นสามเณรมหานิกาย 58,178 รูป และสามเณรธรรมยุต 7,759 รูป จำนวนพระภิกษุและสามเณรเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวนพระภิกษุสงฆ์ทั้งหมด 15,970 รูป ในจำนวนนี้เป็นพระมหานิกาย 14,068 รูป เป็นพระธรรมยุต 1,902 รูป และจำนวนสามเณรทั้งหมดมี 4,266 รูป ในจำนวนนี้เป็นสามเณรมหานิกาย 3,357 รูป และสามเณรธรรมยุต 909 รูป นับว่ามีจำนวนไม่น้อยเลยทีเดียว แต่จำนวนภิกษุและสามเณรเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ เพราะมีการสึกย้ายเทอดแทนกันอยู่ตลอดเวลา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นันทิกา ทวิชาชาติ⁽³²⁾ และคณะ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดอุทัยธานี ในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 711 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานคร 396 คน และในเขตจังหวัดอุทัยธานี 315 คน โดยใช้แบบสอบถามวัดความซึมเศร้าของ Zung ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความซึมเศร้าร้อยละ 82.88 โดยในเขตกรุงเทพมหานครมีความซึมเศร้าร้อยละ 80.28 และในเขตจังหวัดอุทัยธานีมีความซึมเศร้าร้อยละ 84.80 และมีอายุความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุทั้งในกรุงเทพมหานครและในเขตจังหวัดอุทัยธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มาโนช ทับมณี⁽³³⁾ ได้ศึกษาความชุกของความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนกรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ในชุมชนกรุงเทพมหานคร จำนวน 370 คน ที่ได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย รวมทั้งศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อมกับภูมิลำเนาเฉพาะบุคคลของผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม ผลการวิจัยพบว่าความชุกของซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 35.1 และความชุกของสมองเสื่อม ร้อยละ 27.3 และพบว่าความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมมี

ความสัมพันธ์กับเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีความเข้มของความสัมพันธ์แบบ Contingency Coefficient เท่ากับ 0.286

อรพรรณ ทองแดง และคณะ⁽⁶⁾ ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาคู่มือสำรวจอารมณ์เศร้าด้วยตนเอง ในผู้สูงอายุไทย เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในสนามแบบ Randomized Control Group Pretest-Posttest Design โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 1,390 คน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยร้อยละ 12.78 โดยจำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าอย่างเดีย্বর้อยละ 8.23 และภาวะซึมเศร้าร่วมกับภาวะทางสมองร้อยละ 4.55 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ของ ปรีชา ศตวรรษธำรงและคณะ⁽³⁴⁾ ซึ่งใช้เครื่องมือเดียวกัน คือ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ใน กรุงเทพมหานคร นครสวรรค์ นครราชสีมา และสุราษฎร์ธานี พบร้อยละ 14

ดารณศ เกษไชย และคณะ⁽³⁵⁾ ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุไทยในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนต่างๆ ในกรุงเทพมหานคร 430 คน พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 50.2 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.8

กนกรัตน์ สุขะตุงคะ⁽³⁶⁾ ศึกษาความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง กลุ่มประชากรตัวอย่างรวม 1,052 คน จำแนกออกเป็นผู้สูงอายุในชุมชนเมือง 370 คน และชุมชนชนบท (ระนอง และบุรีรัมย์) 682 คน พบความชุกของความเศร้าของผู้สูงอายุ ในกทม. ร้อยละ 35.1 ระนอง ร้อยละ 17.1 และบุรีรัมย์ ร้อยละ 19.4 แต่เมื่อจำแนกเฉพาะผู้สูงอายุในชนบท (ระนองและบุรีรัมย์) พบเป็นร้อยละ 18.2 และเมื่อรวมผู้สูงอายุในเมืองและชนบท (กทม. , ระนอง และบุรีรัมย์) พบเป็นร้อยละ 24.1

สุพัทธา วงศ์จิระสวัสดิ์⁽²⁸⁾ ได้ศึกษาสภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีต่อสุขภาพจิตของพระภิกษุสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi—Stage Cluster Sampling Technique) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุสงฆ์ 900 รูป อายุระหว่าง 20–60 ปี ผลการวิจัยพบว่า พระภิกษุสงฆ์มีสุขภาพจิตในลักษณะที่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 33.89 โดยพบกลุ่มอาการด้านพฤติกรรมและความคิดที่บ่งชี้ถึงอาการของโรคจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.49 รองลงมา คือ ความรู้สึกกลัวโดยไม่มีสาเหตุ ร้อยละ 44.92 และความรู้สึกว่ามีอาการ ร้อยละ 36.72 พระภิกษุสงฆ์ที่มีกลุ่มอาการทางสุขภาพจิตแตกต่างกัน เมื่อจำแนกตามปัจจัยที่ศึกษาพบว่า พระภิกษุสงฆ์กลุ่มอายุ 21-25 ปี มีค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการทางสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.005

พระสมชัย โอดคำดี⁽⁴⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของพระภิกษุสงฆ์ ในเขตอำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ พระภิกษุสงฆ์สูงอายุที่มี

อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อยู่ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 205 รูป ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi—Stage Cluster Sampling Technique) สุขภาพจิตของพระภิกษุสูงอายุอยู่ในระดับดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก (มีอำนาจในการทำนายสุขภาพจิตพระภิกษุสูงอายุได้ร้อยละ 90.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพระภิกษุสงฆ์ที่มีพรรษา ระดับการศึกษาแผนกบาลี และสถานภาพแตกต่างกัน มีสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อิงใจ จันทมูล⁽³⁷⁾ ศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,707 คน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi—Stage Cluster Sampling Technique) พบอัตราความชุกสมองเสื่อม ร้อยละ 3.2 เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อายุมากขึ้น สถานภาพสมรสที่ไม่ใช่คู่ การไม่ได้รับการศึกษา การไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ปัญหาการได้ยิน-การมองเห็น และความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 พบความชุกของโรคซึมเศร้ามีร้อยละ 2.4 เพศหญิงมีเพศหญิงและอายุที่มากขึ้นมีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การไม่ได้รับการศึกษา ปัญหาการได้ยิน การมองเห็น ปวดข้อปวดกล้ามเนื้อ และอัมพฤกษ์ อัมพาต มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สถานภาพสมรสหย่า หม้าย การเกษียณ การอยู่ตามลำพัง ปัญหาวิงเวียนศีรษะ นอนไม่หลับ แผลในกระเพาะอาหาร ความดันโลหิตสูง และความสามารถทำกิจวัตรประจำวันมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จินตนา เหลืองศิริเชียร⁽³⁸⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอเมืองและเขตชนบท จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 340 คนซึ่งได้มาโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ผู้สูงอายุที่มี เพศ อาชีพ และเขตภูมิลำเนาต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุที่มีอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมใจ โชติธนพันธุ์⁽³⁹⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

จำนวน 148 คนซึ่งได้มาโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (TGDS) และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ตัวแปร เพศอายุ สถานภาพสมรส สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์และสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Sherina M. et al⁽⁴⁰⁾ ศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุในเขตเมือง Selangor ประเทศมาเลเซีย เครื่องมือใช้แบบวัดความเศร้า (GDS) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 300 คน พบว่าความชุกภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 6.3 โดยมีปัจจัยเรื่อง เพศ เชื้อชาติ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความไร้ความสามารถในการทำงาน และมีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อย (cognitive impairment) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมภพ รุ่งเรืองกลกิจ⁽⁴¹⁾ ศึกษาความแตกต่างทางเพศภาวะ ปัจจัยประชากรทางสังคมที่เชื่อมโยงกับการเกิดโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรอายุ 15 – 59 ปี จำนวน 332 คน พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคซึมเศร้า คือ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อครอบครัวต่อเดือน สถานภาพทางการเงิน และสัมพันธภาพในครอบครัว

เกริกชัย พิชัย⁽⁴²⁾ ศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 420 คน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (GDS) และแบบคัดกรองสมองเสื่อม (Chula Mental Test) พบความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 43.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศหญิง การศึกษาต่ำ ไม่มีความเพียงพอรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยทำนายเช่นเพศหญิง ไม่มีความเพียงพอรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ชัชเจน จันทรพัฒน์⁽⁴³⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 120 คน พบความชุกภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 37.5 มีภาวะซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 21.7 และภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง 2.5 พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว และระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) มีขั้นตอนการวิจัยตามระเบียบวิธีการวิจัย (research methodology) ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ พระภิกษุสูงอายุที่จำพรรษาอยู่ที่วัดในเขตกรุงเทพมหานคร

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (Population Sampling) คือ พระภิกษุสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำพรรษาอยู่ที่วัดในสังกัดกรมการศาสนา กระทรวงศึกษาธิการ ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยมีจำนวนวัดทั้งหมด 440 วัด

กฎเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา (Inclusion criteria)

1. เป็นพระภิกษุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และจำวัดอยู่ในวัดเขตกรุงเทพมหานคร
2. สามารถอ่านออก เขียนหนังสือภาษาไทยได้

กฎเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. มีปัญหาทางด้านสายตาจนไม่สามารถมองเห็นตัวหนังสือได้
2. มีโรคประจำตัวทางกายซึ่งอยู่สภาพที่รุนแรงจนไม่สามารถตอบคำถามได้
3. เป็นบุคคลที่มีได้คะแนนจากการทำแบบทดสอบ แบบประเมิน

Thai Mental State Examination (TMSE) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน ซึ่งถือว่ามีควมบกพร่องทางพุทธิปัญญา

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) คือ พระภิกษุสูงอายุที่จำพรรษาอยู่ที่วัดในสังกัดกรมการศาสนา กระทรวงศึกษาธิการ ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร และสุ่มเลือกได้โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Cluster Sampling) จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 256 รูป

ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

$$\text{สูตร } n = \frac{z^2_{\alpha}pq}{d^2}$$

โดย	n	=	ขนาดตัวอย่าง
	Z_{α}	=	1.96 ที่ระดับความเชื่อมั่นในการสรุปข้อมูลเท่ากับ 95%
	p	=	ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยอ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมีค่าประมาณ 0.14 ⁽³⁴⁾
	q	=	1 - p = 0.86
	d	=	acceptable error = 0.05

แทนค่า

$$n = \frac{(1.96)^2(0.14)(0.86)}{(0.05)^2} = 185$$

เพื่อป้องกันความผิดพลาดจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10% ดังนั้น ต้องใช้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 200 รูป

การสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique)



ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multiple – Stage Cluster Sampling) โดยขั้นแรกแบ่งสถานที่ตั้งวัดตามการปกครองวัดในเขตกรุงเทพมหานครแบ่งออกเป็นเขตตามการแบ่งของสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติทั้งหมด 35 เขต เขตที่ใช้ในการศึกษาได้จากวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากออกมา 3 เขต ได้แก่ เขตบางซื่อมี 8 วัด มีพระภิกษุสูงอายุจำนวน 61 รูป เขตภาษีเจริญมี 27 วัด มีพระภิกษุสูงอายุจำนวน 164 รูป และเขตทวีวัฒนามี 3 วัด มีพระภิกษุสูงอายุจำนวน 31 รูป⁽⁵⁾ เก็บข้อมูลทุกวัดโดยใช้เกณฑ์การคัดออกเก็บมาได้จำนวนทั้งสิ้น 214 รูป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน

ตอนที่ 1 **แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไป**ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ สัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา ภูมิลำเนาเดิม

ตอนที่ 2 **แบบสอบถามข้อมูลก่อนบวช** ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของกลุ่มตัวอย่างและญาติ การได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติดต่างๆ

ตอนที่ 3 **แบบสอบถามข้อมูลขณะบวช** ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของกลุ่มตัวอย่างและญาติ การได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ โรคประจำตัว อายุที่เริ่มบวช จำนวนพรรษา เหตุผลที่บวช สถานภาพในการจำพรรษาที่วัด รายได้ ระดับการศึกษาทางธรรม การเข้ายาหรือสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ความสัมพันธ์กับเครือญาติ การวางลาสิกขาบท เหตุผลที่ต้องการลาสิกขาบท

ตอนที่ 4 **เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย**⁽²¹⁾ ชื่อ Thai Geriatric Depression Scale: (TGDS) สร้างโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง พ.ศ. 2535 โดยใช้ต้นแบบจาก Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yesavage กลุ่มคณะผู้ทำวิจัยได้นำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างของประชากรตัวอย่าง 275 ราย ทั้งทั้งประเทศไทย ซึ่งจำแนกเป็นเพศชาย 121 ราย เพศหญิง 154 ราย ผลการรวบรวมและวิเคราะห์แบบวัดความเศร้าที่นำไปทดสอบทั้ง 275 ราย พบว่า เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทดสอบคือ 10.09 นาที (ค่าช่วงเวลาอยู่ระหว่าง 5-15 นาที) พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุหญิงเท่ากับ 0.94 และผู้สูงอายุชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.93 จึงสรุปได้ว่าแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยฉบับนี้มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ โดยแบบวัดประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ เป็นการทดสอบเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก

การคิดคะแนน ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 เป็นข้อความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกลึกทางบวก ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลืออีก 20 ข้อ เป็นข้อความเกี่ยวกับตนเองด้านลบ ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

การแปลผล

- คนสูงอายุปกติไม่มีภาวะซึมเศร้า	0 – 12 คะแนน
- ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (mild depression)	13 – 18 คะแนน
- ผู้มีความเศร้าปานกลาง (moderate depression)	19 – 24 คะแนน
- ผู้มีความเศร้ารุนแรง (severe depression)	25 – 30 คะแนน

ตอนที่ 5 **แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย⁽⁴⁴⁾** ชื่อ Thai Mental State Examination : (TMSE) สร้างโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง เมื่อ พ.ศ. 2535 โดยคะแนนรวมของแบบทดสอบเท่ากับ 30 คะแนน โดยแบ่งออกเป็น 6 หัวข้อ ดังนี้ การรับรู้ (Orientation) 6 คะแนน , การจดจำ (Registration) 3 คะแนน , ความสนใจ (Attention) 5 คะแนน , การคำนวณ (Calculation) 3 คะแนน , ด้านภาษา (Language) 10 คะแนน และ การระลึกได้ (Recall) 3 คะแนน มีรายละเอียดดังนี้

ก. **การรับรู้ (Orientation)** ได้กำหนดให้มีน้ำหนักความสำคัญ โดยคิดเป็นคะแนนเต็มเท่ากับ 6 คะแนน โดยแบ่งให้เป็นคะแนนเกี่ยวกับเรื่องเวลา 4 คะแนน เรื่องสถานที่ 1 คะแนน และเรื่องบุคคล 1 คะแนน สำหรับกรณีเรื่องบุคคลได้กำหนดใช้ภาพประกอบด้วย

ข. **การจดจำ (Registration)** ได้กำหนดให้มีน้ำหนักของความสำคัญ โดยคิดเป็นคะแนนเต็มเท่ากับ 3 คะแนน การทดสอบให้ผู้ถูกทดสอบ จำชื่อของ 3 อย่าง คือ ต้นไม้, รถยนต์ และมือ ซึ่งผู้ทดสอบจะเป็นผู้บอกคำดังกล่าวให้ฟัง โดยพูดห่างกันครั้งละ 1 วินาที การให้คะแนนโดยกำหนดให้คะแนนทดสอบของแต่ละชื่อจะเท่ากับ 1 คะแนน

ค. **ความสนใจ (Attention)** ได้กำหนดให้มีค่าน้ำหนักของความสำคัญ โดยคิดเป็นคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน วิธีการทดสอบ คือ การให้ผู้ถูกทดสอบบอกชื่อวันย้อนหลังตามลำดับ โดยยกตัวอย่างเริ่มจากวันอาทิตย์ ซึ่งนับย้อนหลัง 1 วัน คือ วันเสาร์ จากนั้นให้ผู้ถูกทดสอบบอกชื่อย้อนหลังต่อไปเรื่อยๆ ให้ครบอีก 5 วัน วิธีการให้คะแนนโดยกำหนดค่าคำตอบของชื่อวันที่ถูกต้องเท่ากับ 1 คะแนน

ง. **การคำนวณ (Calculation)** ได้กำหนดให้มีน้ำหนักของความสำเร็จในเรื่องนี้คิดเป็นคะแนนรวมเท่ากับ 3 คะแนน การทดสอบให้ผู้ถูกทดสอบคำนวณเลข $100 - 7$ ไปตามลำดับ 3 ครั้ง คำตอบที่ถูกต้องของแต่ละช่วงจะได้คะแนน 1 คะแนน (หมายเหตุ เวลาที่ใช้ในการคิดคำนวณ แต่ละช่วงต้องไม่นานเกิน 1 นาที)

จ. **ด้านภาษา (Language)** ได้กำหนดให้มีน้ำหนักของความสำเร็จในการทดสอบเรื่องนี้คิดเป็นคะแนนรวมเท่ากับ 10 คะแนน การทดสอบโดยการให้บอกชื่อสิ่งของ 2 สิ่ง ที่ผู้ทดสอบได้ชี้ให้ดู ได้แก่ นาฬิกาและเสื้อ คะแนนของแต่ละคำตอบเท่ากับ 1 คะแนน จากนั้นทดสอบเรื่องการพูดตาม โดยกำหนดประโยคมาตรฐาน คือ “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด” และให้คะแนนพูดตามได้ถูกต้องเท่ากับ 1 คะแนน ต่อมาเป็นการทดสอบในด้านการทำตามคำสั่ง ซึ่งมี 3 ขั้นตอนของการฟังกระดาษ โดยมีคะแนนรวม 3 คะแนน สำหรับการอ่านและให้ผู้ถูกทดสอบทำตามมีคะแนน 1 คะแนน โดยให้อ่านและทำตามข้อความในแผ่นป้ายที่เขียนไว้ คือ “หลับตา” ในด้านการทดสอบการเขียน ได้กำหนดให้ผู้ถูกทดสอบวาดภาพให้เหมือนตัวอย่าง โดยเป็นภาพสามเหลี่ยมวางทับสี่เหลี่ยมจัตุรัสที่มีค่าให้ดูเป็นตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีคะแนนเพียง 1 คะแนน โดยยกตัวอย่างว่าคล้ายกับส้มเหมือนกัน คือ เป็นผลไม้ จากนั้นให้กำหนดคำถามผู้ถูกทดสอบว่า แมวกับสุนัขเหมือนกัน คืออะไร

ฉ. **การระลึกได้ (Recall)** ได้กำหนดให้มีน้ำหนักของหัวข้อการทดสอบนี้ คิดเป็นคะแนนรวม 3 คะแนน การทดสอบโดยผู้ถูกทดสอบย้อนนึกจำสิ่งของ 3 สิ่ง ที่ได้บอกให้จำไว้ตั้งแต่ช่วงต้นการทดสอบ อันได้แก่ ต้นไม้ รถยนต์ และมือ การให้คะแนนคือเกณฑ์ได้ 1 คะแนน สำหรับการระลึกได้ และตอบถูกต้องในสิ่งของแต่ละสิ่งดังกล่าว

หลังจากที่ได้สร้างแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทยขึ้นมาได้สำเร็จคณะผู้ทำวิจัยทำการศึกษาในประชากรผู้สูงอายุชาวไทยที่มีอายุระหว่าง 60 – 70 ปี จำนวน 180 ราย จากทั่วประเทศ (ภาคเหนือ 22 ราย , ภาคใต้ 20 ราย และภาคกลาง 138 ราย) พบว่าคะแนนรวมเฉลี่ยของการทดสอบสมรรถภาพสมองของไทยในผู้สูงอายุได้เท่ากับ 27.39 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.02) คะแนน สำหรับเกณฑ์การปกติของคะแนนรวมของการทดสอบนี้ คือ ต้องได้คะแนนสูงกว่า 23 คะแนน

การแปลผล

- คนสูงอายุปกติไม่มีภาวะสมองเสื่อม 30 – 24 คะแนน
- ผู้มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย (mild dementia) 17 – 23 คะแนน
- ผู้มีภาวะสมองเสื่อมปานกลาง (moderate dementia) 10 – 16 คะแนน
- ผู้มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง (severe dementia) < 10 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำหนังสือขอความร่วมมือจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในการทำวิจัย ถึงเจ้าอาวาสวัดในกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความอนุเคราะห์ร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ติดต่อดำเนินการด้วยตัวเองพร้อมผู้ช่วยประสานงานซึ่งเป็นชายเพื่อเป็นการเคารพในพระธรรมวินัยทุกครั้งที่ต้องทำการติดต่อและดำเนินงานอันเกี่ยวข้องกับพระภิกษุสงฆ์

2. ชี้แจงให้พระภิกษุสงฆ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวัดทราบถึงวัตถุประสงค์และวิธีการทำแบบทดสอบอย่างละเอียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการที่จะไม่นำข้อมูลที่ได้ไปทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามใดๆ ทั้งสิ้น

3. ทำการคัดกรองพระภิกษุสูงอายุที่มีปัญหาทางสายตา หรือ อ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยไม่ได้

4. ทำการทดสอบพหุมิติปัญญาในกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบทดสอบ TMSE เพื่อคัดพระภิกษุสูงอายุที่มีพหุมิติปัญญาเสื่อมออก ผู้ที่ถูกคัดออกแล้วนั้นไม่ต้องทำแบบทดสอบในขั้นตอนต่อไป

5. นำเครื่องมือในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลก่อนบวช ข้อมูลขณะบวช และแบบทดสอบ TGDS ให้แก่พระภิกษุสูงอายุในวัดกลุ่มตัวอย่างตอบ โดยให้ทำการบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง ระยะเวลาในการทำแบบทดสอบประมาณ 15 – 30 นาที

6. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนจะทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

7. นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ โดยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows version 16

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการนำเสนอข้อมูลเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลประชากร

2. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) คือ Chi-square Test (X^2) และ t-testทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้า

3. One - Way ANOVA วิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้า

4. Pearson Correlation เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มตัวอย่าง

5. ใช้สถิติ Stepwise Multiple Regression Analysis โดยนำปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสูงอายุ ทั้งหมดมาหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษานำหน้าความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ว่าปัจจัยใดสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสูงอายุได้



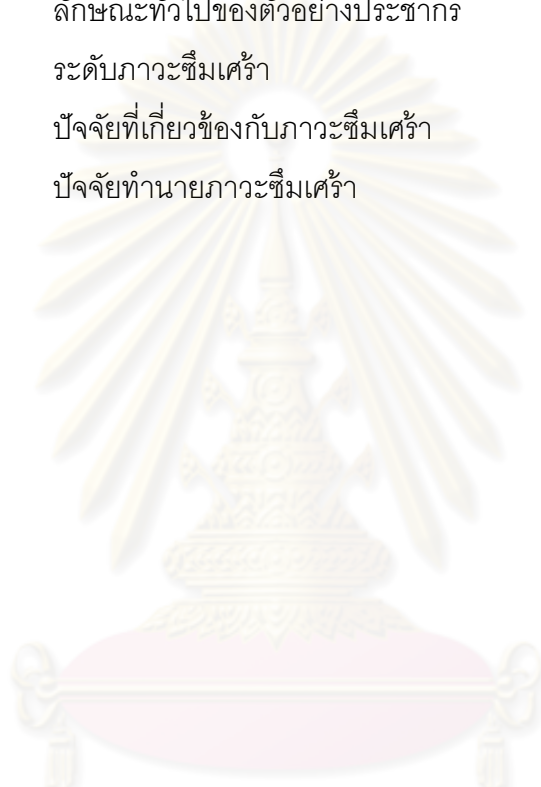
ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสูงอายุ โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

- ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างประชากร
- ตอนที่ 2 ระดับภาวะซึมเศร้า
- ตอนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า
- ตอนที่ 4 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 **ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล**

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของพระภิกษุสูงอายุในเขต
กรุงเทพมหานคร

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ(%)
	(รูป)	
	n = 214	
อายุ		
60 - 64 ปี	82	38.3
65 - 69 ปี	52	24.3
70 - 74 ปี	52	24.3
75 ปี ขึ้นไป	28	13.1
(Mean = 67.67 , S.D. = 6.23 , Min = 60 , Max = 89)		
สัญชาติ		
ไทย	214	100
นิกาย		
มหานิกาย	212	99.1
ธรรมยุตินิกาย	2	0.9
ภูมิลำเนาเดิม		
กรุงเทพมหานคร	133	32.1
ต่างจังหวัด	81	37.9

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไป ก่อนบวช ของพระภิกษุสูงอายุใน
เขตกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(รูป) n = 214	ร้อยละ(%)
เคยเจ็บป่วยทางจิตเวช (ก่อนบวช)		
ไม่เคย	213	99.5
เคย	1	0.5
เคยได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ (ก่อนบวช)		
ไม่เคย	213	99.5
เคย	1	0.5
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา (ก่อนบวช)		
น้อยกว่า 1 ปี	1	100
ญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคทางจิตเวช		
ไม่มี	208	97.2
มี	6	2.8
วุฒิการศึกษา (ก่อนบวช)		
ระดับประถมศึกษา	149	69.6
ระดับมัธยมศึกษาต้น	29	13.6
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส./อนุปริญญา	25	11.7
ปริญญาตรีขึ้นไป	11	5.1
สถานภาพสมรส (ก่อนบวช)		
โสด	69	32.2
แต่งงานอยู่ด้วยกัน	110	51.4
แต่งงานแยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	35	16.4

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไป ก่อนบวช ของพระภิกษุสูงอายุใน
เขตกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(รูป) n = 214	ร้อยละ(%)
การใช้สารเสพติด (ก่อนบวช)		
ไม่เคยใช้	74	34.6
เคยใช้	140	65.4
สุรา		
ไม่ดื่ม	116	54.2
ดื่ม	98	45.8
บุหรี่		
ไม่สูบ	104	48.6
สูบ	110	51.4
กัญชา		
ไม่ใช้	212	99.1
ใช้	2	0.9
เฮโรอีน		
ไม่ใช้	213	99.5
ใช้	1	0.5
ยานอนหลับ		
ไม่ใช้	206	96.3
ใช้	8	3.7
ยาทางจิตเวช		
ไม่ใช้	213	99.5
ใช้	1	0.5

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไป *ขณะบวช* ของพระภิกษุสูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(รูป) n = 214	ร้อยละ(%)
เคยเจ็บป่วยทางจิตเวช		
ไม่เคย	210	98.1
เคย	4	1.9
ได้รับการรักษาจากจิตแพทย์		
ไม่เคย	210	98.1
เคย	4	1.9
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา (n = 3)		
น้อยกว่า 1 ปี	1	33.3
มากกว่า 1 ปี	2	66.7
โรคประจำตัว		
ไม่มี	130	60.7
มี	84	39.3
เริ่มบวชเมื่ออายุ		
≤ 50 ปี	87	40.7
51 ปีขึ้นไป	127	59.3
(Mean = 49.53 , S.D. = 14.70 , Min = 8 , Max = 71)		
พรรษา		
0 - 15 พรรษา	127	59.3
16 - 30 พรรษา	43	20.1
31 พรรษาขึ้นไป	44	20.6
(Mean = 17.77 , S.D. = 16.07 , Min = 1 , Max = 80)		

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไป *ขณะบวช* ของพระภิกษุสูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(รูป) n = 214	ร้อยละ(%)
เหตุผลที่บวชเป็นพระภิกษุ		
บวชเพื่อทดแทนคุณบิดามารดาหรือผู้มีพระคุณ/ บวชตามประเพณี	70	32.7
บวชเพื่อสละกิเลสทางโลก	91	42.5
บวชเพื่อต้องการศึกษารวมะให้ลึกซึ้ง	10	4.7
บวชเพื่อให้ได้โอกาสทางการศึกษาสูงขึ้น	4	1.9
อื่นๆ	39	18.2
สถานภาพในวัด		
เจ้าอาวาส	12	5.6
รองเจ้าอาวาส	1	0.5
ผู้ช่วยเจ้าอาวาส	12	5.6
ผู้ช่วยรองเจ้าอาวาส	1	0.5
พระลูกวัด	188	87.9
ปัจจัย 4 หรือนิตยภัต (n = 149 , missing = 65)		
500 บาท	105	70.5
500 บาทขึ้นไป	44	29.5
(Mean = 1,220.80 , S.D. = 1,408.83 , Min = 500 , Max = 8,000)		
ระดับการศึกษาปริยัติแผนกธรรม		
นักธรรมศึกษาชั้นตรี	41	19.2
นักธรรมศึกษาชั้นโท	15	7
นักธรรมศึกษาชั้นเอก	53	24.8
ไม่ได้เข้ารับการศึกษ	105	49.1

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไป *ขณะบวช* ของพระภิกษุสูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(รูป) n = 214	ร้อยละ(%)
ระดับการศึกษาปริยัติแผนกบาลี		
ไม่ได้เข้ารับการศึกษ	188	87.9
ได้เข้ารับการศึกษ	26	12.1
ใช้ยาหรือสารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท		
ไม่ใช้	60	28
ใช้	154	72
บุหรี		
ไม่สูบ	153	71.5
สูบ	61	28.5
ยานอนหลับหรือยาทางจิตเวช		
ไม่ใช้	208	97.2
ใช้	6	2.8
ชา		
ไม่ดื่ม	137	64
ดื่ม	77	36
กาแฟ		
ไม่ดื่ม	106	49.5
ดื่ม	108	50.5
หมากพลู		
ไม่ใช้	209	97.7
ใช้	5	2.3
อื่น ๆ เช่น เครื่องดื่มชูกำลัง		
ไม่ใช้	212	99.1
ใช้	2	0.9

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไป *ขณะบวช* ของพระภิกษุสูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(รูป) n = 214	ร้อยละ(%)
ติดต่อกับญาติ		
ไม่ได้ติดต่อ	38	17.8
ติดต่อ	176	82.2
วางแผนลาสิกขาบท		
ไม่เคย (คิดจะลาสิกขาบท)	182	85
เคย (คิดจะลาสิกขาบท)	32	15
คะแนนทดสอบสมรรถภาพทางสมอง		
24 – 25 คะแนน	29	13.6
26 – 30 คะแนน	185	86.4

จากตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยทั่วไปพบว่า พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 60 – 64 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.3 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 64 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.3 ช่วงอายุ 70 – 74 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.3 และอายุ 75 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 13.1

สัญชาติ ทั้งหมดเป็นสัญชาติไทย คิดเป็นร้อยละ 100

นิกาย ส่วนใหญ่นับถือนิกายมหานิกาย คิดเป็นร้อยละ 99.1 นับถือนิกายธรรมยุต คิดเป็นร้อยละ 0.9

ภูมิลำเนาเดิม ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 62.1 มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 37.9

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยทั่วไป*ก่อนบวช* พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 99.5 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 99.5 มีเพียง 1 รูป เท่านั้นที่ได้มีประวัติทางจิตเวชและได้รับการรักษาจากจิตแพทย์เป็นระยะเวลา 3 เดือน

ญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคทางจิตเวช พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 97.2 ส่วนที่พบว่ามีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 2.8

ระดับอุดมศึกษา (ก่อนบวช) ส่วนใหญ่พบว่า จบระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 69.6 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 13.6

สถานภาพสมรส (ก่อนบวช) พบว่า ส่วนใหญ่แต่งงานอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 51.4 รองลงมาคือ โสด คิดเป็นร้อยละ 32.2 และแต่งงานแยกกันอยู่ หย่าร้าง หม้าย จำนวน 35 รูป คิดเป็นร้อยละ 16.4

ประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติดที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท (ก่อนบวช) พบว่า ส่วนใหญ่มีประวัติเคยใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 65.4 ซึ่งส่วนใหญ่พบว่ามีการใช้แอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 54.2 ระยะเวลาที่ใช้ ต่ำสุด คือ 2 ปี สูงสุด คือ 57 ปี และรองลงมาพบประวัติการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 51.4 ระยะเวลาที่ใช้ ต่ำสุด คือ 3 ปี สูงสุด 70 ปี

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยทั่วไป**ขณะบวช** พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 98.1 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 98.1 มีเพียง 4 รูป เท่านั้นที่ได้มีประวัติทางจิตเวชและได้รับการรักษาจากจิตแพทย์

โรคประจำตัว พบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 60.7 โดยโรคที่พบมีดังนี้ โรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุด โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ไชมันในเส้นเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น ภูมิแพ้ หอบหืด โรคหัวใจ โรคไขข้อ

อายุที่เริ่มบวช พบว่าส่วนใหญ่เริ่มบวชเมื่ออายุสูงกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.3

พรรษา พบว่าส่วนใหญ่ มีจำนวนพรรษาอยู่ในช่วง 0 – 15 พรรษา คิดเป็นร้อยละ 59.3 รองลงมาคือ ตั้งแต่ 31 พรรษาขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.6

เหตุผลที่บวชเป็นพระภิกษุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บวชเพื่อสละกิเลสทางโลก คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาคือ บวชเพื่อทดแทนคุณบิดามารดาหรือผู้มีพระคุณและบวชตามประเพณี คิดเป็นร้อยละ 32.7

สถานภาพในวัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพระลูกวัด คิดเป็นร้อยละ 87.9

ปัจจัย 4 หรือนิตยภัต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ประมาณ 500 บาท คิดเป็นร้อยละ 70.5

ระดับการศึกษาปริยัติแผนกธรรม พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับการการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 49.1 รองลงมาคือ เข้ารับการศึกษานักธรรมศึกษาชั้นเอก คิดเป็นร้อยละ 24.8

ระดับการศึกษาปริยัติแผนกบาลี พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับการการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 87.9 ส่วนที่ได้เข้ารับการศึกษาระดับบาลี คิดเป็นร้อยละ 12.1 ซึ่งเข้ารับการศึกษาระดับเปรียญ

ธรรมประโยค 1-2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.7 รองลงมาคือ ชั้นเบรียญธรรมประโยค 3 คิดเป็นร้อยละ 2.8

ประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติดที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้ยาหรือสารเสพติดที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท คิดเป็นร้อยละ 72 พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 71.5 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 28.5 ซึ่งความถี่ในการใช้บุหรี่เฉลี่ยประมาณ 14 มวนต่อวัน ยานอนหลับหรือยาทางจิตเวช กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยานอนหลับหรือยาทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 97.2 กลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้ยานอนหลับหรือยาทางจิตเวชคิดเป็นร้อยละ 2.8 ซึ่งมีความถี่ในการใช้เฉลี่ยประมาณ 1 เม็ดต่อวัน การใช้เครื่องดื่มชา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่มชา คิดเป็นร้อยละ 64 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการดื่มชา คิดเป็นร้อยละ 36 ความถี่ในการดื่มเฉลี่ยประมาณ 7 แก้วต่อวัน การใช้เครื่องดื่มกาแฟ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดื่มกาแฟ คิดเป็นร้อยละ 50.5 มีความถี่ในการดื่มเฉลี่ยประมาณ 2 แก้วต่อวัน กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ดื่มกาแฟ คิดเป็นร้อยละ 49.5 การใช้หมากพลู พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ใช้หมากพลู คิดเป็นร้อยละ 97.7 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้หมากพลู คิดเป็นร้อยละ 2.3 ซึ่งมีความถี่ในการใช้เฉลี่ยประมาณ 8 คำต่อวัน การใช้สารเสพติดที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่นๆ เช่น เครื่องดื่มชูกำลัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการใช้เครื่องดื่มชูกำลัง คิดเป็นร้อยละ 99.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เครื่องดื่มชูกำลัง คิดเป็นร้อยละ 0.9 ความถี่ในการใช้เฉลี่ยประมาณ 2 ขวดต่อวัน

การติดต่อกฎาติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการติดต่อกับญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 82.2 ไม่ได้ติดต่อกับญาติ คิดเป็นร้อยละ 17.8

การวางแผนลาสิกขาบท พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการวางแผนลาสิกขาบท คิดเป็นร้อยละ 85 มีการวางแผนลาสิกขาบท คิดเป็นร้อยละ 15

คะแนนทดสอบสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอยู่ในช่วง 26 – 30 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 86.4 ซึ่งถือว่าสมรรถภาพสมองอยู่ในเกณฑ์ปกติ กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงคะแนน 24 – 25 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 13.6 ซึ่งถือว่าเข้าสู่ภาวะพุดิปัญญาบกพร่องเล็กน้อย หรือ Mild cognitive impairment⁽⁴⁵⁾

ตอนที่ 2 **ความชุกภาวะซึมเศร้าของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร**
ตารางที่ 2 **จำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้า**

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน(คน) n = 214	ร้อยละ(%)
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	188	87.9
ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	24	11.2
ภาวะซึมเศร้าปานกลาง	2	0.9

(Mean = 6.06 , S.D. = 4.31 , Min = 1 , Max = 21)

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาระดับภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 87.9 กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 11.2 กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 0.9 จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ตอนที่ 3 **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุในเขต**
กรุงเทพมหานคร
ตารางที่ 3 **แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับภาวะซึมเศร้า**
ของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า (n=188)		มีภาวะซึมเศร้า (n=26)		χ^2	df	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
	อายุ						
60 - 64 ปี	75	91.5	7	8.5			
65 - 69 ปี	49	94.2	3	5.8			
70 - 74 ปี	43	82.7	9	17.3			
75 ปี ขึ้นไป	21	75	7	2.5			
นิกาย					0.279	1	1
มหานิกาย	186	87.7	26	12.3			
ธรรมยุตนิกาย	2	100	0	0			
ภูมิลำเนาเดิม							
กรุงเทพมหานคร	117	88	16	12			
ต่างจังหวัด	71	87.7	10	12.3			

*P < .05

**P < .01

***P < .001

ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ก่อนบวช กับ ระดับภาวะซึมเศร้าของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=188)		มีภาวะซึมเศร้า (n=26)		χ^2	df	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เคยเจ็บป่วยทางจิตเวช (ก่อนบวช)					7.265	1	0.121
ไม่เคย	188	88.3	25	11.7			
เคย	0	0	1	100			
เคยได้รับการรักษาจากจิตแพทย์					7.265	1	0.121
ไม่เคย	188	88.3	25	11.7			
เคย	0	0	1	100			
ญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคทางจิตเวช					0.845	1	1
ไม่มี	182	87.5	26	12.5			
มี	6	100	0	0			
วุฒิการศึกษา (ก่อนบวช)					0.525	3	0.837
- ระดับประถมศึกษา	132	88.6	17	11.4			
- ระดับมัธยมศึกษาต้น	25	86.2	4	13.8			
- ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส./อนุปริญญา	22	88	3	12			
- ปริญญาตรีขึ้นไป	9	81.8	2	18.2			

*P < .05

**P < .01

***P < .001

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ก่อนบวช กับ ระดับภาวะซึมเศร้าของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า (n=188)		มีภาวะซึมเศร้า (n=26)		χ^2	df	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
สถานภาพสมรส(ก่อนบวช)					19.048	2	0.000***
โสด	53	76.8	16	23.2			
แต่งงานอยู่ด้วยกัน	107	97.3	3	2.7			
แต่งงานแยกกันอยู่/หย่า	28	80	7	20			
การใช้สารเสพติด (ก่อนบวช)					3.11	1	0.078
ไม่เคยใช้	61	82.4	13	17.6			
เคยใช้	127	90.7	13	9.3			
สุรา					1.490	1	0.222
ไม่ดื่ม	99	85.3	17	14.7			
ดื่ม	89	90.8	9	9.2			
บุหรี					0.023	1	0.879
ไม่สูบ	91	87.5	13	12.5			
สูบ	97	88.2	13	11.8			
กัญชา					2.710	1	0.229
ไม่ใช้	187	88.2	25	11.8			
ใช้	1	50	1	50			
เฮโรอีน					7.265	1	0.121
ไม่ใช้	188	88.3	25	11.7			
ใช้	0	0	1	100			

*P < .05

**P < .01

***P < .001

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ก่อนบวช กับ ระดับภาวะซึมเศร้าของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า (n=188)		มีภาวะซึมเศร้า (n=26)		χ^2	df	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
	ยานอนหลับ						
ไม่ใช้	182	88.3	24	11.7			
ใช้	6	75	2	25			
ยาทางจิตเวช					0.139	1	1
ไม่ใช้	187	87.8	26	12.2			
ใช้	1	100	0	0			

*P < .05

**P < .01

***P < .001

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ขณะบวช กับ ระดับภาวะซึมเศร้าของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=188)		มีภาวะซึมเศร้า (n=26)		X ²	df	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เคยเจ็บป่วยทางจิตเวช					0.564	1	1
ไม่เคย	184	87.6	26	12.4			
เคย	4	100	0	0			
ได้รับการรักษาจากจิตแพทย์					0.564	1	1
ไม่เคย	184	87.6	26	12.4			
เคย	4	100	0	0			
โรคประจำตัว					2.643	1	0.104
ไม่มี	118	90.8	12	9.2			
มี	70	83.3	14	16.7			
เริ่มบวชเมื่ออายุ					7.502	1	0.006**
≤ 50 ปี	70	80.5	17	19.5			
51 ปีขึ้นไป	118	92.9	9	7.1			
พรรษา					6.919	2	0.031*
0 - 15 พรรษา	117	92.1	10	7.9			
16 - 30 พรรษา	37	86	6	14			
31 พรรษาขึ้นไป	34	77.3	10	22.7			
เหตุผลที่บวชเป็นพระภิกษุ					0.709	2	0.702
- บวชเพื่อทดแทนคุณบิดามารดา/บวชตามประเพณีอื่นๆ	94	86.2	15	13.8			
- บวชเพื่อสละกิเลสทางโลก	81	89	10	11			
- บวชเพื่อต้องการศึกษาธรรมะ							
ให้เลิกซึ่ง / บวชเพื่อให้ได้โอกาสทางการศึกษาสูงขึ้น	13	92.9	1	7.1			

*P < .05

**P < .01

***P < .001

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ขณะบวช กับ ระดับภาวะซึมเศร้าของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า (n=188)		มีภาวะซึมเศร้า (n=26)		X ²	df	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
สถานภาพในวัด					10.527	2	.011*
- เจ้าอาวาส	7	58.3	5	41.7			
- รองเจ้าอาวาส/ ผู้ช่วยเจ้า อาวาส/ ผู้ช่วยรองเจ้าอาวาส	13	92.9	1	7.1			
- พระลูกวัด	168	89.4	20	10.6			
ปัจจัย 4 หรือนิตยภัต (n = 149, missing = 65)					15.373	1	0.000***
500 บาท	102	97.1	3	2.9			
500 บาทขึ้นไป	34	77.3	10	22.7			
ระดับการศึกษาปริยัติ					8.8	3	0.03*
แผนกธรรม							
นักธรรมศึกษาชั้นตรี	36	87.8	5	12.2			
นักธรรมศึกษาชั้นโท	15	100	0	0			
นักธรรมศึกษาชั้นเอก	41	77.4	12	22.6			
ไม่ได้เข้ารับการศึกษ	96	91.4	9	8.6			
ระดับการศึกษาปริยัติ					0.010	1	1
แผนกบาลี							
ไม่ได้เข้ารับการศึกษ	165	87.8	23	12.2			
ได้เข้ารับการศึกษ	23	88.5	3	11.5			
ติดต่อกับญาติ					0.574	1	0.584
ไม่ได้ติดต่อกับ	32	84.2	6	15.8			
ติดต่อกับ	156	88.6	20	11.4			

*P < .05

**P < .01

***P < .001

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ขณะบวช กับ ระดับภาวะซึมเศร้าของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า (n=188)		มีภาวะซึมเศร้า (n=26)		X ²	df	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
วางแผนลาสิกขาบท					3.334	1	0.80
ไม่เคย (คิดจะลาสิกขาบท)	163	89.6	19	10.4			
เคย (คิดจะลาสิกขาบท)	25	78.1	7	21.9			
คะแนนทดสอบสมรรถภาพ ทางสมอง					0.815	1	0.363
24 – 25 คะแนน	24	82.8	5	17.2			
26 – 30 คะแนน	164	88.6	21	11.4			
ใช้ยาหรือสารเสพติดที่ออก ฤทธิ์ต่อจิตประสาท					1.594	1	0.207
ไม่ใช้	50	83.3	10	16.7			
ใช้	138	89.6	16	10.4			
บุหรี					2.767	1	0.096
ไม่สูบ	138	90.2	15	9.8			
สูบ	50	82	11	18			
ยานอนหลับหรือยาทาง จิตเวช					0.118	1	0.545
ไม่ใช้	183	88	25	12			
ใช้	5	83.3	1	16.7			
ชา					0.024	1	0.877
ไม่ดื่ม	120	87.6	17	12.4			
ดื่ม	68	88.3	9	11.7			
กาแฟ					1.706	1	0.191
ไม่ดื่ม	90	84.9	16	15.1			
ดื่ม	98	90.7	10	9.3			

*P < .05

**P < .01

***P < .001

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ขณะบวช กับ ระดับภาวะซึมเศร้าของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=188)		มีภาวะซึมเศร้า (n=26)		χ^2	df	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
หมากพลู					0.708	1	1
ไม่ใช้	183	87.6	26	12.4			
ใช้	5	100	0	0			
อื่น ๆ เช่น เครื่องดื่มชูกำลัง					0.279	1	1
ไม่ใช้	186	87.7	26	12.3			
ใช้	2	100	0	0			

*P < .05

**P < .01

***P < .001

จากตารางที่ 3 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลทั่วไป ทั้งก่อนบวช และ ขณะบวชกับภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติ Chi – square พบว่า สถานภาพสมรส และปัจจัย 4 หรืออนัตยภัตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .001 อายุที่เริ่มบวชมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .01 และพบว่า อายุ พรรษา สถานภาพภายในวัด และระดับการศึกษาปริยัติแผนกธรรมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .05

ในส่วนของ นิกาย ภูมิลำเนา ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชทั้งก่อนบวชและขณะบวช การได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ทั้งก่อนบวชและขณะบวช ระยะเวลาในการรักษาจากจิตแพทย์ ทั้งก่อนบวชและขณะบวช มีญาติพี่น้องเจ็บป่วยทางจิตเวช วุฒิการศึกษา การใช้ยาหรือสารเสพติดทั้งก่อนบวชและขณะบวช โรคประจำตัว เหตุผลการที่บวชเป็นพระภิกษุ ระดับการศึกษา ปริยัติแผนกบาลี การติดต่อกับญาติพี่น้อง การวางแผนลาสิกขาบทคะแนนทดสอบสมรรถภาพทางสมอง ในอนาคต พบว่า ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
กับปัจจัยส่วนบุคคลทั่วไปก่อนบวชและขณะบวช

ตารางที่ 4 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัย
ส่วนบุคคลทั่วไปก่อนบวช โดยทดสอบค่าที (t-test)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 214)	ค่าเฉลี่ย ภาวะ ซึมเศร้า	S.D.	t	p - value
นิกาย				0.512	0.609
มหานิกาย	212	6.071	4.318		
ธรรมยุตนิกาย	2	4.500	3.534		
ภูมิลำเนาเดิม				-1.030	0.304
กรุงเทพมหานคร	133	5.820	4.396		
ต่างจังหวัด	81	6.444	4.153		
เคยเจ็บป่วยทางจิตเวช (ก่อนบวช)				-1.859	0.064
ไม่เคย	213	6.019	4.282		
เคย	1	14.000	0		
เคยได้รับการรักษาจากจิตแพทย์				-1.859	0.064
ไม่เคย	213	6.019	4.282		
เคย	1	14.000	0		
ญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคทางจิตเวช				0.224	0.823
ไม่มี	208	6.067	4.352		
มี	6	5.667	2.422		
การใช้สารเสพติด (ก่อนบวช)				-0.338	0.736
ไม่เคยใช้	74	5.919	4.698		
เคยใช้	140	6.129	4.101		

*P < .05

**P < .01

***P < .001

ตารางที่ 4 (ต่อ) แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัย
ส่วนบุคคลทั่วไปขณะบวช โดยทดสอบค่าที (t-test)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 214)	ค่าเฉลี่ย ภาวะ ซึมเศร้า	S.D.	t	P - value
เคยเจ็บป่วยทางจิตเวช				-1.265	0.207
ไม่เคย	210	6.005	4.320		
เคย	4	8.750	2.629		
ได้รับการรักษาจากจิตแพทย์				-1.265	0.207
ไม่เคย	210	6.005	4.320		
เคย	4	8.750	2.629		
โรคประจำตัว				-3.940	<0.001***
ไม่มี	130	5.154	3.950		
มี	84	7.452	4.484		
เริ่มบวชเมื่ออายุ				3.300	0.001**
≤ 50 ปี	87	7.241	4.650		
51 ปีขึ้นไป	127	5.244	3.868		
ปัจจัย 4หรือนิตยภัต (n=149,missing=65)				-4.573	<0.001***
500 บาท	105	4.257	2.952		
501 บาทขึ้นไป	44	7.932	4.976		
ระดับการศึกษาปริยัติแผนกบาลี				-0.075	0.940
ไม่ได้เข้ารับการศึกษ	188	6.048	4.320		
ได้เข้ารับการศึกษ	26	6.115	4.292		
ติดต่อกับญาติ				1.578	0.116
ไม่ได้ติดต่อก	38	7.052	5.235		
ติดต่อก	176	5.841	4.065		
วางแผนลาสิกขาบท				-1.776	0.084
ไม่เคย (คิดจะลาสิกขาบท)	182	5.791	4.049		
เคย (คิดจะลาสิกขาบท)	32	7.562	5.382		

*P < .05

**P < .01

***P < .001

ตารางที่ 4 (ต่อ) แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัย
ส่วนบุคคลทั่วไปของบรรพชิต โดยทดสอบค่าที (t-test)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 214)	ค่าเฉลี่ย ภาวะ ซึมเศร้า	S.D.	t	P - value
ใช้ยาหรือสารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท				1.943	0.053
ไม่ใช้	60	6.867	4.286		
ใช้	154	5.701	4.277		
บุหรี				-2.053	0.043*
ไม่สูบ	153	5.640	3.946		
สูบ	61	7.098	4.949		
ยานอนหลับหรือยาทางจิตเวช				-1.706	0.90
ไม่ใช้	208	5.971	4.273		
ใช้	6	9.000	4.858		
ชา				1.806	0.072
ไม่ได้ดื่ม	137	6.453	4.213		
ดื่ม	77	5.351	4.409		
กาแฟ				2.245	0.026*
ไม่ได้ดื่ม	106	6.717	4.512		
ดื่ม	108	5.407	4.012		
หมากพลู				1.826	0.069
ไม่ใช้	209	6.139	4.321		
ใช้	5	2.600	1.342		
อื่น ๆ เช่น เครื่องดื่มชูกำลัง				-0.971	0.333
ไม่ใช้	212	6.028	4.318		
ใช้	2	9.000	0.000		

*P < .05

**P < .01

***P < .001

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีปัจจัย 4 หรือนิตยภัต มากกว่า 500 บาทขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีปัจจัย 4 หรือนิตยภัต 500 บาท ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรี แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ไม่มีการติดต่อกับญาติมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการติดต่อกับญาติ แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการวางแผนลาสิกขาบทในอนาคตมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่ไม่มีการวางแผนลาสิกขาบทในอนาคต แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ไม่มีการใช้ยาหรือสารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการใช้ยาหรือสารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่สูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ใช้ยานอนหลับหรือยาทางจิตเวชมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ไม่ใช้ยานอนหลับหรือยาทางจิตเวช แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ไม่ได้ดื่มชา มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่ดื่มชา แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ไม่ได้ดื่มกาแฟมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่ดื่มกาแฟ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ไม่ใช้หมากพลูมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่ใช้หมากพลู แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ใช้เครื่องตั้งชูกำลังมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะ
ซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่ไม่ได้มีเครื่องตั้งชูกำลัง แต่ความแตกต่าง
ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ



ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การวิเคราะห์ความแปรปรวน เพื่อเปรียบเทียบแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ากับ ปัจจัยส่วนบุคคลทั้งก่อนบวช และขณะบวช ของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนซึมเศร้าของพระภิกษุสูงอายุใน เขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธี One way ANOVA

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 214)	ค่าเฉลี่ย ภาวะ ซึมเศร้า	S.D.	Fisher	P = value
อายุ				4.420	0.006**
60 - 64 ปี	82	5.256	3.826		
65 - 69 ปี	52	5.25	3.536		
70 - 74 ปี	52	6.846	4.872		
75 ปี ขึ้นไป	28	8.429	4.872		
วุฒิการศึกษา (ก่อนบวช)				0.089	0.966
- ระดับประถมศึกษา	149	5.98	4.27		
- ระดับมัธยมศึกษาต้น	29	6.138	4.902		
- ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ ปวส./อนุปริญญา	25	6.16	3.76		
- ปริญญาตรีขึ้นไป	11	6.636	4.843		
สถานภาพสมรส (ก่อนบวช)				17.8	0.000***
โสด	69	7.855	4.891		
แต่งงานอยู่ด้วยกัน	110	4.446	3.046		
แต่งงานแยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	35	7.571	4.616		
พรรษา				8.126	0.001**
0 - 15 พรรษา	127	5.071	3.822		
16 - 30 พรรษา	43	7.256	4.37		
31 พรรษาขึ้นไป	44	7.727	4.824		

*P < .05

**P < .01

***P < .001

ตารางที่ 5 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนเข็มศรึ่ราชองพระภิกษุสูงอายุนใน
เขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธี One way ANOVA

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 214)	ค่าเฉลี่ย ภาวะ เข็มศรึ่ราช	S.D.	Fisher	P = value
เหตุผลที่บวชเป็นพระภิกษุ				0.53	0.949
- บวชเพื่อทดแทนคุณบิดามารดาหรือผู้มี พระคุณ/ บวชตามประเพณี/ อื่น ๆ เช่น บวชเพื่อแก้บน	109	6.110	4.520		
- บวชเพื่อสละกิเลสทางโลก	91	6.044	4.214		
- บวชเพื่อต้องการศึกษาธรรมะให้ลึกซึ้ง / บวชเพื่อให้ได้โอกาสทางการศึกษาสูงขึ้น	14	5.714	3.338		
ระดับการศึกษาปริยัติแผนกธรรม				5.881	0.000***
นักธรรมศึกษาชั้นตรี	41	6.829	4.165		
นักธรรมศึกษาชั้นโท	15	5.6	2.64		
นักธรรมศึกษาชั้นเอก	53	7.8	4.565		
ไม่ได้เข้ารับการศึกษา	105	4.962	4.13		
สถานภาพในวัด				3.757	0.006**
- เจ้าอาวาส	12	10.167	5.132		
- รองเจ้าอาวาส/ ผู้ช่วยเจ้าอาวาส/ ผู้ช่วยรองเจ้าอาวาส	14	6.071	3.61		
- พระลูกวัด	188	5.793	4.186		

*P < .05

**P < .01

***P < .001

ศูนย์วิทยุทั้พยวกร
จุฬาลงกรณมหาวิททยาลัย

จากตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลก่อนบวช และขณะบวชที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$ คือ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษาปริยัติแผนกธรรม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .01$ คือ พรรษาและสถานภาพภายในวัด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ คือ อายุและเหตุผลที่บวชเป็นพระภิกษุ

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุแตกต่างกัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ ซึ่งพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับช่วงอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่าระดับช่วงอายุอื่นๆ รองลงมาคือช่วงอายุ 70 – 74 ปี

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีวุฒิการศึกษาแตกต่างกัน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน โดยพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มีวุฒิการศึกษาระดับตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่าวุฒิการศึกษาระดับอื่นๆ รองลงมาคือ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. ปวส. และอนุปริญญา

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพสมรส (ก่อนบวช) แตกต่างกัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$ ซึ่งพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่สถานภาพโสด มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่าสถานภาพสมรสอื่นๆ รองลงมาคือ แต่งงานแยกกันอยู่ หย่าร้าง หม้าย

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีพรรษาแตกต่างกัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .01$ ซึ่งพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มีพรรษา 31 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่าช่วงพรรษาอื่นๆ รองลงมาคือ ช่วง 16 – 30 พรรษา

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีเหตุผลการบวชเป็นพระภิกษุแตกต่างกัน พบว่ามีความแตกต่างกัน โดยพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่บวชเพื่อทดแทนคุณบิดามารดาหรือผู้มีพระคุณ / บวชตามประเพณีและอื่นๆ เช่น การแก้บน มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเหตุผลอื่นๆ รองลงมาคือ บวชเพื่อสละกิเลสทางโลก

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการศึกษาในระดับปริยัติแผนกธรรมแตกต่างกัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$ ซึ่งพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่ศึกษานักธรรมศึกษาเอก มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่านักธรรมศึกษาชั้นอื่นๆ รองลงมาคือ ชั้นนักธรรมศึกษาตรี

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพภายในวัดแตกต่างกัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .01$ ซึ่งพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มีสถานภาพเป็นเจ้าอาวาสวัด มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่า สถานภาพภายในวัด รองลงมา คือ รองเจ้าอาวาส ผู้ช่วยเจ้าอาวาส และผู้ช่วยรองเจ้าอาวาส



ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 แสดงผลการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกัน ด้วยวิธี Scheffe's

ปัจจัยด้านอายุ	ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า			
		60 – 64 ปี	65 – 69 ปี	70 – 74 ปี	75 ปีขึ้นไป
60 - 64 ปี	5.256	-			
65 - 69 ปี	5.25	1.000			
70 - 74 ปี	6.846	0.207	0.289		
75 ปีขึ้นไป	8.429	0.008**	0.016*	0.458	-

*P < .05

**P < .01

***P < .001

จากตารางที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ากับอายุของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครแบบรายคู่ พบว่า พระภิกษุสูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าอายุ 60 – 64 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และอายุ 65 – 69 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพระภิกษุสูงอายุที่อายุ 70 – 74 ปี ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 7 แสดงผลการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพสมรส (ก่อนบวช) ต่างกัน ด้วยวิธี Scheffe's

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส (ก่อนบวช)	ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า		
		โสด	แต่งงานอยู่ด้วยกัน	แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย
โสด	7.855	-		
แต่งงานอยู่ด้วยกัน	4.446	0.000***		
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	7.571	0.943	0.000***	-

*P < .05

**P < .01

***P < .001

จากตารางที่ 7 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ากับสถานภาพสมรส (ก่อนบวช) ของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครแบบรายคู่ พบว่าพระภิกษุสูงอายุที่มีสถานภาพสมรส (ก่อนบวช) แต่งงานอยู่ด้วยกันมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าพระภิกษุสูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

และพระภิกษุสูงอายุที่มีสถานภาพสมรส(ก่อนบวช) แยกกันอยู่/ หย่าร้าง/ หม้ายมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุที่มีสถานภาพสมรส(ก่อนบวช)แต่งงานอยู่ด้วยกันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 8 แสดงผลการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีพรรษาต่างกัน ด้วยวิธี Scheffe's

ปัจจัยด้านพรรษา	ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	0 - 15 พรรษา	16 - 30 พรรษา	31 พรรษาขึ้นไป
0 - 15 พรรษา	5.071	-		
16 - 30 พรรษา	7.256	0.013*		
31 พรรษาขึ้นไป	7.727	0.002**	0.869	-

*P < .05

**P < .01

***P < .001

จากตารางที่ 8 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ากับจำนวนพรรษาของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครแบบรายคู่ พบว่า พระภิกษุสูงอายุที่มีจำนวนพรรษา 16 – 30 ปีมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุที่มีจำนวนพรรษา 0 -15 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพระภิกษุสูงอายุที่มีจำนวนพรรษา 31 ปีขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุที่มีจำนวนพรรษา 0 -15 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 แสดงผลการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาปริยัติแผนกธรรมต่างกัน ด้วยวิธี Scheffe's

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ปริยัติแผนกธรรม	ค่าเฉลี่ย ภาวะ ซึมเศร้า	นักธรรม ศึกษาชั้นตรี	นักธรรม ศึกษาชั้นโท	นักธรรม ศึกษาชั้น เอก	ไม่ได้เข้ารับ การศึกษา
นักธรรมศึกษาชั้นตรี	6.829	-			
นักธรรมศึกษาชั้นโท	5.600	0.812			
นักธรรมศึกษาชั้นเอก	7.754	0.767	0.375		
ไม่ได้เข้ารับการศึกษา	4.962	0.119	0.958	0.002**	-

*P < .05

**P < .01

***P < .001

จากตารางที่ 9 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ากับระดับการศึกษาปริยัติแผนกธรรมของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครแบบรายคู่ พบว่า พระภิกษุสูงอายุที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษาปริยัติแผนกธรรมมีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าพระภิกษุสูงอายุที่ได้เข้ารับการศึกษาระดับนักธรรมศึกษาชั้นเอกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ศูนย์วิทยพัชรากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 แสดงผลการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพในวัดต่างกัน ด้วยวิธี Scheffe's

ปัจจัยด้านสถานภาพ ในวัด	ค่าเฉลี่ย		รองเจ้าอาวาส/ ผู้ช่วย		พระลูกวัด
	ภาวะ ซึมเศร้า	เจ้าอาวาส	เจ้าอาวาส/ ผู้ช่วยรองเจ้าอาวาส		
เจ้าอาวาส	10.167	-			
รองเจ้าอาวาส/ ผู้ช่วย					
เจ้าอาวาส/ ผู้ช่วยรองเจ้าอาวาส	6.071	0.049*			
พระลูกวัด	5.793	0.003**	0.972		-

*P < .05

**P < .01

***P < .001

จากตารางที่ 10 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ากับสถานภาพในวัดของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครแบบรายคู่ พบว่า พระภิกษุสูงอายุที่มีสถานภาพเป็นรองเจ้าอาวาส / ผู้ช่วยเจ้าอาวาส และผู้ช่วยรองเจ้าอาวาสมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าพระภิกษุสูงอายุที่มีสถานภาพเป็นเจ้าอาวาสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพระภิกษุสูงอายุที่มีสถานภาพเป็นพระลูกวัดมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าพระภิกษุสูงอายุที่มีสถานภาพเจ้าอาวาสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 แสดงผลค่าสหสัมพันธ์ (Pearson's) ของคะแนนทดสอบสมรรถภาพทางสมอง (TMSE) กับภาวะซึมเศร้าของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r)	P - value
คะแนนทดสอบสมรรถภาพทางสมอง	- 0.379	0.000**

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

จากตารางที่ 11 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของคะแนนทดสอบสมรรถภาพทางสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .01$ กล่าวคือ เมื่อคะแนนทดสอบสมรรถภาพสมองสูงจะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำ ในทางกลับกันเมื่อคะแนนทดสอบสมรรถภาพสมองต่ำจะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 **ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า**

ตารางที่ 12 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ลำดับตัวแปร	R	R ²	B	Beta	T	Sig.
สถานภาพสมรส (ก่อนบวช)	0.424	0.180	-3.258	-0.41	-5.425	0.000***
โรคประจำตัว	0.508	0.258	-2.309	-0.278	-3.860	0.000***
ระดับการศึกษาปริยัติแผนกธรรม	0.528	0.278	-2.617	-0.147	-2.034	0.044*

*P < .05

**P < .01

***P < .001

จากตารางที่ 12 เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 9 ตัวแปร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว อายุที่เริ่มบวช พรรษา สถานภาพภายในวัด ระดับการศึกษาปริยัติแผนกธรรม ปัจจัย 4 หรือชนิดภักดิ์ คะแนนทดสอบสมรรถภาพทางสมอง มาทำการวิเคราะห์ Linear Regression พบว่ามี 3 ตัวแปร คือ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$ และระดับการศึกษาปริยัติแผนกธรรม มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ โดยสถานภาพสมรสเป็นตัวพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าเป็นร้อยละ 18.0 เมื่อเพิ่มตัวแปรโรคประจำตัว จะเพิ่มความสามารถในการพยากรณ์เป็นร้อยละ 25.8 และเมื่อเพิ่มตัวแปรระดับการศึกษาปริยัติแผนกธรรม จะเพิ่มความสามารถในการพยากรณ์เป็นร้อยละ 27.8 ดังนั้นตัวแปรทั้ง 3 ตัว จึงเป็นตัวพยากรณ์ที่ดี ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพระภิกษุสูงอายุจำนวน 214 รูป เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบสอบถามส่วนบุคคล ก่อนบวช และขณะบวช แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย ชื่อ Thai Mental State Examination : (TMSE) และแบบทดสอบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ชื่อ Thai Geriatric Depression Scale: (TGDS) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 60 - 64 ปี ร้อยละ 38.4 โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 67.7 ปี ทั้งหมดมีสัญชาติไทย ส่วนใหญ่นับถือมหานิกายร้อยละ 99.1 ภูมิลำเนาเดิมอยู่กรุงเทพมหานคร 32.1

2. ข้อมูลทั่วไปก่อนบวช

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติเจ็บป่วยทางจิตเวชร้อยละ 99.5 ไม่เคยได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ร้อยละ 99.5 ไม่มีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคทางจิตเวชร้อยละ 97.2 ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 69.6 มีสถานสมรสแต่งงานอยู่ด้วยกันร้อยละ 51.4 ส่วนใหญ่เคยมีการใช้สารเสพติด ร้อยละ 65.4 โดยสารเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือ บุหรี่ ร้อยละ 51.4 รองลงมาคือ แอลกอฮอล์หรือสุราร้อยละ 45.8

3. ข้อมูลทั่วไปขณะบวช

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติเจ็บป่วยทางจิตเวชร้อยละ 98.1 ไม่เคยได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ร้อยละ 98.1 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 60.7 มีอายุที่เริ่มบวชตั้งแต่ 51 ปีขึ้นไปร้อยละ 59.3 พรรษา 0 - 15 พรรษาร้อยละ 59.3 เหตุผลที่บวชเป็นพระภิกษุ บวชเพื่อสละกิเลสทางโลกร้อยละ 42.5 สถานภาพภายในวัดส่วนใหญ่เป็นพระลูกวัดร้อยละ 87.9 ปัจจัย 4 หรือนิตยภัต 500 บาทต่อเดือน ร้อยละ 70.5 ไม่ได้เข้ารับการศึกษาระดับการศึกษาปริยัติแผนกธรรมร้อยละ 49.1 ระดับการศึกษาปริยัติแผนกธรรมเป็นนักธรรมศึกษาชั้นเอก ร้อยละ 49.1 ไม่ได้เข้ารับการศึกษาระดับการศึกษาปริยัติแผนกบาลีร้อยละ 87.9 มีการใช้ยาหรือสารเสพติดที่ออก

ฤทธิ์ต่อจิตประสาท ร้อยละ 72 โดย ไม่มีการใช้บุหรี่ร้อยละ 71.5 ไม่มีการใช้ยานอนหลับหรือยาทางจิตเวชร้อยละ 97.2 ไม่ดื่มชาร้อยละ 64 ดื่มน้ำกาแฟร้อยละ 50.5 ไม่มีการเคี้ยวหมากร้อยละ 97.7 ไม่มีการใช้อื่นๆ เช่น เครื่องดื่มชูกำลังร้อยละ 99.1 มีการติดต่อกับญาติร้อยละ 82.2 ไม่เคยมีการวางแผนลาสิกขาบทในอนาคตร้อยละ 85

4. สมรรถภาพสมอง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้คะแนน 26 – 30 คะแนน ร้อยละ 86.4 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนอยู่ในช่วง 24 – 25 คะแนน ร้อยละ 13.6 ซึ่งถือว่ามีความผิดปกติปัญหาบกพร่องเล็กน้อย

5. ภาวะซึมเศร้า

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 87.9 กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 12.1 โดยแบ่งตามระดับได้เป็น ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 11.2 ภาวะซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 0.9 จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

6. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ก่อนบวช และขณะบวช กับระดับภาวะซึมเศร้า

บวช กับระดับภาวะซึมเศร้า

พบว่า สถานภาพสมรส และปัจจัย 4 หรือนิตยภัตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$ อายุที่เริ่มบวชมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .01$ และพบว่า อายุ พรรษา สถานภาพภายในวัด และระดับการศึกษาปริยัติแผนกธรรมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$

7. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคลทั่วไปก่อนบวชและขณะบวช

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่โรคประจำตัวมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุเริ่มบวชน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุเริ่มบวชตั้งแต่ 51 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .01$

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีปัจจัย 4 หรือนิตยภัต มากกว่า 500 บาทขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีปัจจัย 4 หรือนิตยภัต 500 บาท ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่สูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$

พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ไม่ดื่มกาแฟมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่ดื่มกาแฟ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$

8. ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนภาวะซึมเศร้ากับ คะแนนทดสอบสมรรถภาพ

สมอง

ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสมรรถภาพสมองกับคะแนนภาวะซึมเศร้าพบว่าคะแนนสมรรถภาพสมองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .01$ นั่นคือ พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มีคะแนนทดสอบสมรรถภาพสมองสูงจะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำ ในทางกลับกันพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มีคะแนนทดสอบสมรรถภาพสมองต่ำจะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูง

9. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

พบว่า มี 3 ตัวแปร คือ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$ และระดับการศึกษาปริยัติแผนกธรรม มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ โดยสถานภาพสมรสเป็นตัวพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าเป็นร้อยละ 18.0 เมื่อเพิ่มตัวแปรโรคประจำตัว จะเพิ่มความสามารถในการพยากรณ์เป็นร้อยละ 25.8 และเมื่อเพิ่มตัวแปรระดับการศึกษาปริยัติแผนกธรรม จะเพิ่มความสามารถในการพยากรณ์เป็นร้อยละ 27.8 ดังนั้นตัวแปรทั้ง 3 ตัว จึงเป็นตัวพยากรณ์ที่ดี ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพระภิกษุสูงอายุจำนวน 214 รูป ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 รูป อีก 84 รูป ผู้วิจัยได้ใช้วิธีอธิบายข้อคำถามอย่างละเอียดแก่ผู้ที่สามารถช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บข้อมูล โดยมีประเด็นที่น่าสนใจที่จะนำมาอภิปรายผลดังนี้

1. ระดับภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสูงอายุ ร้อยละ 12.1 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับทั่วไปไม่เป็นอันตราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณ ทองแดงและคณะ⁽⁶⁾ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือสำรวจอารมณ์ด้วยตัวเองในผู้สูงอายุซึ่งศึกษาในผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครเขตรอบบริเวณโรงพยาบาลศิริราช คือ เขตบางกอกน้อย บางกอกใหญ่ ตลิ่งชัน และบางพลัด พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.78 โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (TGDS) และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (TMSE) ซึ่งใกล้เคียงกับความชุกภาวะซึมเศร้าที่พบในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากด้วยสถานที่เก็บข้อมูลมีความใกล้เคียงกันคือภายในเขตกรุงเทพมหานคร ไม่ใช่การเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลหรือสถานสงเคราะห์ เครื่องมือที่ใช้เป็นชนิดเดียวกัน คือ แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) จึงส่งผลให้ผลการศึกษาเรื่องความชุกภาวะซึมเศร้ามีความใกล้เคียงกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดารณศ เกษไสวและคณะ⁽²⁹⁾ ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุไทยในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบทดสอบสมองเบื้องต้น (ฉบับภาษาไทย) หรือ Mini-mental state examination Thai version (MMSE-T) และแบบสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพัฒนาโดย อรพรรณทองแดงและคณะ พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 9.8 พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าใกล้เคียงกับการศึกษานี้เนื่องจากแหล่งที่ใช้ในการศึกษาและลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกัน คือ เป็นผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครเหมือนกันต่างกันเพียงเขตที่ใช้ในการศึกษาเท่านั้น แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมาโนช ทับมณี⁽³³⁾ ศึกษาความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย(TGDS) พบความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.1 ซึ่งเท่ากับ การศึกษาของ กนกรัตน์ สุชะตุงคะและคณะ⁽³⁶⁾ ศึกษาความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย(TGDS) พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนเมืองร้อยละ 35.1 ซึ่งมีความชุกภาวะซึมเศร้าสูงกว่า การศึกษานี้ถึงแม้ว่าจะใช้เครื่องมือชนิดเดียวกัน อาจเนื่องมาจากขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่

มากกว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและสถานที่เลือกเก็บข้อมูลต่างกัน โดยการศึกษาของทั้งสองข้างต้นมีลักษณะของการสุ่มเลือกสถานที่เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างและขนาดของกลุ่มตัวอย่างเหมือนกัน คือ เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่ในความดูแลของศูนย์บริการสาธารณสุขของอนามัย 6 ภาค นำมาศึกษาอนามัยภาคละ 1 ศูนย์ สุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุ 6 ศูนย์บริการสาธารณสุขรวม 370 คน จึงทำให้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากันซึ่งพบว่ามีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของเกริกชัย พิชัย⁽³²⁾ ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (GDS) พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 43.1 และการศึกษาของ นันทิกา ทวีชาชาติ⁽³²⁾ ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี ใช้แบบสอบถามวัดความซึมเศร้าของ Zung พบภาวะซึมเศร้าในเขตกรุงเทพมหานครร้อยละ 80.3 พบว่ามีความชุกภาวะซึมเศร้าสูงกว่าการศึกษาครั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากการใช้เครื่องมือต่างกันและลักษณะกลุ่มตัวอย่างและสถานที่เก็บข้อมูลต่างกัน อีกทั้งการศึกษานี้เป็นการศึกษาในเพศชายทั้งหมด ซึ่งเมื่อเทียบกับการศึกษาข้างต้นที่มีกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงเข้าร่วมเป็นส่วนใหญ่ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยคือเพศ โดยเฉพาะเพศหญิงมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายจึงทำให้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่า^{(15),(17),(35),(40),(41),(42)}

2. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล

อายุ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอายุอยู่ในช่วง 70 -74 ปี มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอายุต่ำ 60 - 69 ปี และอายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับ สมใจ โชติธนพันธุ์⁽³⁹⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์บ้านบางแค พบผู้สูงอายุที่มีอายุ 71- 75 ปี มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 70 ปี และมากกว่า 75 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับจินตนา เหลืองศิริเชียร⁽³⁸⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงอายุ 60 – 65 ปี มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงอายุอื่นทุกกลุ่มที่มีอายุสูงกว่าซึ่งสอดคล้องใกล้เคียงกับความคิดเห็นของสุทธานันท์ ชุมแจ่ม⁽¹⁶⁾ ที่ได้สำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคล อายุ โดยเฉพาะอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีระดับภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า อาจเนื่องมาจากการที่สภาพ

ร่างกายของผู้สูงอายุที่อายุมากมีความเสื่อมถอยไปตามกาลเวลา บางคนมีโรคประจำตัว บางคนพิการ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เหมือนตอนที่อายุน้อยกว่า ประกอบกับการที่ไม่มีลูกหลานคอยดูแลให้ความช่วยเหลืออยู่ใกล้ๆ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีอายุมากที่มีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อิงใจ จันทมูล⁽³⁷⁾ ศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ อับดุลฮาลิม⁽⁴²⁾ (อ้างถึงใน เกริกชัย พิชัย) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชนบทอำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า และในการศึกษาของ นันทิกา ทิวชาชาติ และคณะ⁽³²⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร และในเขตจังหวัดอุทัยธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่อายุเพิ่มขึ้นมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย

นิกาย พบว่า นิกายไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แสดงว่าพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มีนิกายต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ด้วยวิธีการอุปสมบทหรือการถือปฏิบัติของทั้งสองนิกายไม่ได้มีความแตกต่างกันเพราะถือเป็นการสืบทอดพระพุทธศาสนาเพื่อคงไว้ซึ่งหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนาขององค์พระสัมมาสัมพุทธเจ้าเช่นเดียวกัน

ภูมิลำเนาเดิม พบว่าการมีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในกรุงเทพมหานคร หรือต่างจังหวัดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา เหลืองศิริเชียร⁽³⁸⁾ พบว่า ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองและผู้สูงอายุในเขตชนบทมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ นันทิกา ทิวชาชาติและคณะ⁽³²⁾ พบว่าภูมิลำเนาเดิมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากการค้นคว้าวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรภูมิลำเนา ผู้วิจัยพบว่ายังมีผู้ให้ความสนใจในตัวแปรนี้ค่อนข้างน้อยจึงทำให้มีงานมาสนับสนุนตัวแปรนี้น้อย ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเฉพาะภาพรวมในจังหวัดเท่านั้นซึ่งส่วนมากกลุ่มตัวอย่างที่ได้จะเป็นคนในพื้นที่เดิมในท้องถิ่นที่ทำการศึกษา

ประวัติเคยเจ็บป่วยทางจิตเวช **การได้รับการรักษาจากจิตแพทย์** และ**การระยะเวลาในการรักษา**ทั้งก่อนบวชและขณะบวช พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติเคยเจ็บป่วยทางจิตเวชและการได้รับการรักษาจากจิตแพทย์มีเพียงจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับขนาดจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ส่วนใหญ่จะไปรับการรักษาเกี่ยวกับโรคทางกายมากกว่าโรคทางจิตเวช ผู้วิจัยไม่พบว่าผู้ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรนี้ทำให้ไม่มีงานสนับสนุนตัวแปรนี้ โดยการศึกษาส่วนใหญ่จะสอบถามเกี่ยวกับโรคทางกายมากกว่าโรคทางจิตเวช

ญาติพี่น้องเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตเวช พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การศึกษาครั้งนี้พบว่าพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคทางจิตเวชมีจำนวนน้อยมากซึ่งสอดคล้องกับพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าปกติ ร้อยละ 87.9 ผู้วิจัยที่ต้องการศึกษาตัวแปรนี้เนื่องจากการสอบถามเกี่ยวกับประวัติครอบครัวจะทำให้ทราบถึงสภาพแวดล้อมของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครก่อนบวช หรือ ทราบปัจจัยทางด้านพันธุกรรมของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องต่อการเกิดความเครียดของภาวะซึมเศร้าขึ้นได้^{(9),(41)}

วุฒิการศึกษา (ก่อนบวช) พบว่า ระดับวุฒิการศึกษาก่อนบวชไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ ดารณศ เกษไชย⁽³⁵⁾ ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุไทยในเขตกรุงเทพมหานคร ชัดเจน จันทรพัฒน์⁽⁴³⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่คัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย กนกวัฒน์ สุชะตุงคะ⁽³⁶⁾ ศึกษาความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง และพระสมชาย โอดคำดี⁽⁴⁾ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของพระภิกษุสูงอายุ ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ การศึกษาดังกล่าวข้างต้นพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แสดงว่าพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา เหลืองศิริเชียร⁽³⁸⁾ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาไม่ได้เรียนมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษากลุ่มอื่นๆ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อิงใจ จันทมูล⁽³⁷⁾ ที่ได้ศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การไม่ได้รับการศึกษามีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า และการศึกษาของ เกริกชัย พิษฐ์⁽⁴²⁾ ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ การศึกษาต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยเห็นว่าการที่ระดับการศึกษาก่อนบวชของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอาจเนื่องจาก ส่วนใหญ่เมื่ออุปสมบทแล้วจะได้เข้ารับการศึกษาศาสนธรรมะถือว่าเป็นการต่อยอดด้านการศึกษาแต่เป็น

ในทางธรรมทำให้ระดับการศึกษาแผนกสามัญไม่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า อีกทั้ง เรื่องของระดับ การศึกษามีผลต่ออาชีพการงาน รายได้ และความภาคภูมิใจในตนเอง จึงทำให้ผู้สูงอายุทั่วไปที่มี ระดับการศึกษาต่ำมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า

สถานภาพสมรส (ก่อนบวช) โสด แยกกันอยู่ หย่าร้าง และหม้าย มีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้าสูงกว่าสถานภาพสมรสคู่ เนื่องจากอาจมีปัญหาเรื่องการปรับตนเองเมื่อต้องอยู่คน เดียวทำให้เกิดความเหงาและว่าเหวขึ้นได้ง่าย นอกจากนี้ยังพบอีกว่าภาวะคู่สมรสเสียชีวิตหรือ หย่าร้างเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของมาโนช ทับมณี⁽³³⁾ ที่ศึกษาเรื่องความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแบบอยู่คนเดียว จากการที่มีคู่สมรสเสียชีวิต หย่าร้าง แยกกัน อยู่ และเป็นโสด มีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาของจินตนา โชติธนพันธ์⁽³⁸⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีภาวะซึมเศร้า ต่ำกว่าไม่มีคู่ (โสด หม้าย/หย่า) และการศึกษาของเรตตี⁽⁴²⁾ (อ้างถึงใน เกริชัช พิชัย) ศึกษาความชุก ของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในผู้สูงอายุเขตดินแดน กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่ไม่ใช่คู่มีความซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งไม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ โชติธนพันธ์⁽³⁹⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทาง สังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์บ้านบางแค พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ สมรสโสดมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าไม่โสด อาจเนื่องมาจากการไม่มีคู่ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีที่พึ่ง อย่างเช่นลูกหลาน มีความกังวลใจเมื่อเกิดการเจ็บป่วยว่าจะไม่มีคนดูแลเพราะความเป็นอยู่ของ พระภิกษุทั่วไปส่วนใหญ่จะอยู่อย่างสันโดษ มีความเป็นส่วนตัวค่อนข้างมากทั้งนี้อาจด้วยข้อ ปฏิบัติทางพระวินัยของสงฆ์หรือเป็นความต้องการส่วนบุคคลที่ต้องการอยู่อย่างสงบราบเรียบ ทำ ให้พระภิกษุสูงอายุไม่สามารถมีสัมพันธ์ใกล้ชิดกับครอบครัวได้ดังเช่นเมื่อครั้งเป็นฆราวาสได้ โอกาสที่จะได้เจอครอบครัวก็ต่อเมื่อลูกหลานมาเยี่ยม

การใช้ยาหรือสารเสพติด (ก่อนบวช) พบว่าการใช้ยาหรือสารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าพระภิกษุสูงอายุส่วนใหญ่มีประวัติการใช้สารเสพติด คือ แอลกอฮอล์ และบุหรื ค่อนข้างมาก เนื่องจากเป็นสารเสพติดแบบถูกกฎหมายทำให้หาซื้อได้ง่ายกว่ายาเสพติดประเภท อื่นๆ แต่จากการศึกษาไม่พบว่าการใช้สารเสพติดก่อนบวชมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของดาร์เรนศ เกษไชย⁽³⁵⁾ ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะสมอง เสื่อมของผู้สูงอายุไทยในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าการใช้สุราและบุหรื หรือสารเสพติดอื่นๆ ไม่ พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้า อาจเนื่องด้วยพระภิกษุสูงอายุส่วนใหญ่เมื่อ

เข้าอุปสมบทบวชเป็นพระภิกษุที่เลิกสารเสพติดเหล่านี้หรือก่อนที่จะอุปสมบทบวชได้เลิกเข้ามาเป็นระยะเวลาไม่นานแล้ว มีเพียงจำนวนไม่มากนักที่ ยังคงมีการใช้ยา จึงทำให้ไม่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า

โรคประจำตัว ผู้สูงอายุที่โรคประจำตัวจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่โรคประจำตัว ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเพราะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ย่อมมีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกซึมเศร้า ได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ มาโนช ทับมณี⁽³³⁾ ศึกษาความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีความซึมเศร้านอกจากผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของ Judith⁽³⁴⁾ (อ้างถึงใน ปรีชา ศตวรรษอำรง) กล่าวถึงสิ่งที่มีอิทธิพลและมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ คือ การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคับข้องใจได้มาก เนื่องจากการรักษาต้องใช้เวลาและอย่างต่อเนื่อง ทำให้กระทบถึงรายได้ซึ่งมีจำกัดและยังต้องพึ่งพาคนอื่นมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสูญเสีย มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งถือว่าการโรคที่มีความเรื้อรังจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้ สอดคล้องกับ อิงใจ จันทมูล⁽³⁷⁾ ศึกษาความทุกข์ของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า

อายุที่เริ่มบวช พบว่า อายุที่เริ่มบวชมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยพระภิกษุที่มีอายุที่เริ่มบวชน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุเริ่มบวชเมื่ออายุ 51 ปีขึ้นไป อาจเนื่องด้วยพระภิกษุส่วนใหญ่ที่เริ่มบวชตั้งแต่อายุน้อยหรือเมื่อครบอายุบวชก็อุปสมบทเป็นพระภิกษุสงฆ์เรื่อยมามิได้ลาสิกขาบท ทำให้มีสถานะภาพสมรสใดที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุที่มีอายุเริ่มบวชมากกว่า 50 ปีขึ้นไป

พรรษา จำนวนพรรษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยช่วงพรรษาตั้งแต่ 31 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าสูงกว่าจำนวนพรรษาที่ต่ำกว่า 30 ปี โดยจำนวนพรรษา 0 – 15 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าต่ำที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ พระสมชัย โอดคำดี⁽⁴⁾ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของพระภิกษุสูงอายุ ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าพระภิกษุสูงอายุที่มีพรรษาระหว่าง 6 – 10 ปี มีสุขภาพจิตดีกว่าพระภิกษุที่มีพรรษาตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า โดยพระภิกษุส่วนใหญ่ที่มีจำนวนพรรษามากมักจะมีอายุ

อยู่ในช่วง 70 - 74 ปี หรือมากกว่า ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้า แต่แตกต่างกับการศึกษาของสุพัทธา วงศ์จิระสวัสดิ์⁽²⁸⁾ ซึ่งศึกษาสุขภาพจิตในพระภิกษุสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร พบว่าพระภิกษุสงฆ์ที่มีจำนวนพรรษาน้อยมีคะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการสุขภาพจิต ด้านความคิดและพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงอาการของสุขภาพจิตสูงกว่าพระภิกษุสงฆ์ที่มีจำนวนพรรษา 21 ปีขึ้นไป อธิบายได้ว่าพระภิกษุสงฆ์ที่มีจำนวนพรรษาตั้งแต่ 31 ปีขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้า อาจเนื่องมาจากอายุที่มากขึ้นทำให้ความสามารถทางด้านร่างกายถดถอยลง อวัยวะในร่างกายเสื่อมสมรรถถดถอยลงส่งผลทำให้เกิดโรคทางกายขึ้นได้ ซึ่งปัจจัยเรื่องโรคประจำตัวหรือการมีโรคทางกายมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้า

เหตุผลที่บวชเป็นพระภิกษุ พบว่าเหตุผลที่บวชเป็นพระภิกษุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้า แต่พบว่าพระภิกษุสูงอายุที่มีเหตุผลการบวชเพื่อทดแทนคุณบิดามารดาหรือผู้มีพระคุณ/การบวชตามประเพณีและอื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าสูงกว่าเหตุผลอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัทธา วงศ์จิระสวัสดิ์⁽²⁸⁾ ซึ่งศึกษาสุขภาพจิตในพระภิกษุสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร พบว่า พระภิกษุสงฆ์ที่มีเหตุผลการบวชแตกต่างกัน มีกลุ่มอาการทางสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องด้วยเหตุผลการบวชเพื่อทดแทนคุณหรือการบวชตามประเพณียังมิใช่การบวชเพื่อต้องการสละกิเลสทางโลกเพื่อสืบทอดและเผยแผ่พระพุทธศาสนาอย่างเต็มตัว อาจทำให้ยังมีความห่วงกังวลทางโลกอยู่ เช่น ครอบครัว ภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ เป็นต้น สอดคล้องกับความเห็นของ ฟัน ดอกบัว⁽³¹⁾ ที่ได้กล่าวว่า การบวชของพระสงฆ์ไทย ส่วนมากเป็นหรือเกือบทั้งหมดจะบวชทั้งที่ใจยังไม่พร้อมที่จะบวชคือยังติดโลก ยังยินดีพอใจในโลก ที่ต้องบวชก็เพราะมีเหตุอื่นมาบังคับให้บวช เช่น พ่อแม่ขอให้บวชบ้าง บวชแล้วจะได้ออกมาแต่งงานบ้าง ลำบากในการหาเลี้ยงชีพบ้าง ยากจนขาดสน ไม่มีเงินจะเรียนทางโลกบ้าง เหล่านี้เป็นต้น จึงมีน้อยนักที่จะออกบวชเพื่อกำจัดกิเลสไปนิพพาน

สถานภาพในการจำพรรษที่วัด เจ้าอาวาสวัดมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัทธา วงศ์จิระสวัสดิ์⁽²⁸⁾ ซึ่งศึกษาสุขภาพจิตในพระภิกษุสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร พบว่าพระภิกษุสงฆ์ที่มีสถานภาพของสงฆ์ต่างกันมีกลุ่มอาการทางจิตไม่แตกต่างกันจากการที่ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลด้วยตัวเองพบว่าเจ้าอาวาสวัดส่วนใหญ่มีอายุค่อนข้างมาก และโดยมากจะมีโรคประจำตัว เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือด ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นโรคเรื้อรังทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลายาวนาน เสียค่าใช้จ่ายสูง หรือในสถานะที่เป็นเจ้าอาวาสจึงเปรียบเสมือนผู้นำให้กับวัดจึงเป็นที่คาดหวังของทั้งพระภิกษุสงฆ์ที่อยู่ในปกครองและเหล่าฆราวาสที่มาขอความช่วยเหลือ เช่น ชาวบ้านมาที่วัดเพื่อขอคำแนะนำคำปรึกษาหรือจากเจ้าอาวาสหรือพระภิกษุบางรูป เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ

ภายในบ้านหรือในธุรกิจการงาน เพื่อให้คลายความทุกข์กังวล⁽⁴⁶⁾ หรือการที่จะต้องจัดการบริหารงานภายในวัดถึงแม้ว่าจะมีรองเจ้าอาวาสหรือผู้ช่วยเจ้าอาวาสช่วยแบ่งเบาภาระแล้วก็ตามแต่การตัดสินใจทั้งหมดขึ้นอยู่กับเจ้าอาวาส ด้วยเหตุผลดังกล่าวอาจเป็นเหตุให้สถานภาพในการเป็นเจ้าอาวาสมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุที่อยู่ในปกครอง

ปัจจัย 4 นิตยภัต หรือรายได้ จากการศึกษาพบว่าพระภิกษุที่มีรายได้ตั้งแต่ 500 บาทขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งปัจจัย 4 เฉลี่ยของพระภิกษุสูงอายุ คือ 1,220.80 บาท ซึ่งมีจำนวนน้อยรูปที่มีปัจจัย 4 ในระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ย จากการศึกษาเรื่องรายได้พบว่ามีความสอดคล้องใกล้เคียงกับการศึกษาของชัดเจน จันทรพัฒน์⁽⁴³⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่คัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยรายได้ของผู้สูงอายุน้อยกว่า 70 เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาทลงไป และแหล่งที่มาของรายได้โดยมากมักจะได้จากบุตรหรือหลาน อธิบายได้ว่าพระภิกษุสูงอายุที่มีรายได้ตั้งแต่ 500 บาทมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุที่มีรายได้ 500 บาท แต่ก็ยังถือว่ามีความสัมพันธ์ต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษาของชัดเจน จันทรพัฒน์ อาจเนื่องจากพระภิกษุสูงอายุที่ไม่มีระดับชั้นยศหรือสมณศักดิ์จะไม่ได้รับเงินเดือนหรือนิตยภัตทำให้มีรายได้ที่ไม่แน่นอนเพราะรายได้ส่วนมากของพระภิกษุสงฆ์ทั่วไปมักมาจากการได้รับบริจาคหรือการได้รับกิจนิมนต์ อีกทั้งด้วยพระวินัยของสงฆ์พระภิกษุสงฆ์ไม่สามารถถือครองทรัพย์สินเงินทองไว้ใช้จ่ายได้ ไม่จะเป็นการซื้อหรือขายก็ได้หรือถ้าได้รับมาจากฆราวาสก็ต้องนำไปเก็บเป็นของส่วนกลางไป แต่ด้วยสภาพแวดล้อมหรือความจำเป็นบางอย่างก็สามารถอนุโลมให้พระวินัยสงฆ์สามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์หรือเหตุการณ์ทำให้พระภิกษุสงฆ์สามารถมีปัจจัย 4 ไว้ใช้จ่ายยังในเขตเมืองแล้วด้วยสภาพเศรษฐกิจและสังคมแล้วการจะซื้อหาสิ่งใดก็ต้องใช้เงินเป็นตัวกลางในการแลกเปลี่ยนทำให้วิถีชีวิตของพระภิกษุในเขตกรุงเทพมหานครมีความเปลี่ยนแปลงไปจากอดีตกาลอยู่มาก เช่น การที่พระภิกษุสงฆ์ต้องใช้จ่ายในเรื่องของค่ารักษาถึงแม้ว่าพระสงฆ์จะมีสถานที่รักษาเฉพาะของสงฆ์โดยไม่ต้องเสียค่าบริการก็ตามแต่ด้วยความสามารถในการรองรับของสถานพยาบาลทำให้บางครั้งพระภิกษุสงฆ์ต้องใช้สถานพยาบาลของเอกชนซึ่งจำเป็นจะต้องใช้เงินในการรักษา หรือค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เป็นต้น ทำให้รายได้ที่มีซึ่งเป็นรายได้ที่ไม่แน่นอนหรือก็ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายจึงส่งผลต่อสุขภาพจิตในพระภิกษุสูงอายุที่มีรายได้ต่ำหรือมีรายได้ไม่แน่นอนได้ ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของมาโนช ทัพบณ⁽³³⁾ ที่ว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานเล็กๆ น้อยๆ ไม่มีรายได้ประจำมีแนวโน้มความเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ประจำ

ระดับการศึกษาปริยัติแผนกธรรม พระภิกษุที่ได้เข้ารับการศึกษาระดับปริยัติมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พระสมชาย โอดคำดี⁽⁴⁾ ศึกษาปัจจัย

ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของพระภิกษุสูงอายุ ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าระดับการศึกษาปริยัติแผนกธรรมต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องด้วยเหตุผลทางวิถีชีวิตของพระภิกษุต่างจังหวัดที่เรียบง่ายและสงบไม่เร่งรีบเหมือนกับวิถีความเป็นอยู่แบบในเมือง ด้วยสภาพแวดล้อมที่ดีทำให้เอื้อต่อการเรียนรู้หลักธรรมและการปฏิบัติธรรมทำให้พระภิกษุสูงอายุในต่างจังหวัดมีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจมากกว่าพระภิกษุสูงอายุที่อยู่ในชุมชนเมืองที่มีการมลภาวะต่าง ๆ เช่น เสียงรบกวน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีเรื่องของการแข่งขันเพื่อเลื่อนระดับชั้นการศึกษาให้สูงขึ้นอีกด้วยซึ่งสาเหตุเหล่านี้จะส่งผลต่อสุขภาพจิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัทธา วงศ์จิระสวัสดิ์⁽²⁸⁾ ศึกษาสุขภาพจิตในพระภิกษุสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร พบว่าพระภิกษุสงฆ์ที่มีการศึกษาแผนกปริยัติธรรมแผนกบาลี มีค่าเฉลี่ยกลุ่มอาการทางจิต ด้านความรู้สึกลึกไม่กล้าติดต่อกับบุคคลอื่น ด้านความซึมเศร้า และด้านพฤติกรรมและความคิดที่บ่งชี้ถึงอาการของโรคจิตสูงกว่าพระภิกษุสงฆ์ที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษาศรีปริยัติแผนกธรรม จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าการศึกษาแผนกธรรมในระดับชั้นนักธรรมศึกษาเอกมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าสูงกว่านักธรรมศึกษาชั้นตรีและพระภิกษุที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษานี้ทั้งนี้อาจเนื่องด้วยการศึกษาแผนกธรรมนั้นมุ่งเน้นให้ศึกษาเรียนรู้ขนบธรรมเนียมประเพณีเกี่ยวกับพระศาสนา วัฏวินัยของพระตลอดจนกฎหมายคณะสงฆ์ วัฏประวัติพระพุทธเจ้าและพระสาวก รู้หลักธรรมในพระพุทธศาสนา ตลอดจนการเขียนอธิบายธรรมต่าง ๆ การสอบก็เป็นแบบอัตนัย⁽⁴⁷⁾ ด้วยรายละเอียดของเนื้อหาที่ศึกษามีความยากเน้นความจำมากกว่าความเข้าใจซึ่งวิธีการสอบก็เป็นการเขียนบรรยายทั้งหมดทำให้ผู้ที่เข้าศึกษาในระดับนักธรรมชั้นเอกซึ่งมีความยากกว่านักธรรมชั้นอื่น ๆ ต้องใช้ความมุ่งมั่นอย่างมาก นอกจากนี้เรื่องของสถานที่ที่สงบเหมาะแก่การศึกษาก็มีส่วนเพราะในเขตเมืองจะหาที่สงบเงียบได้นั้นค่อนข้างลำบากเพราะวัดวาอารามโดยมากจะอยู่ในบริเวณแหล่งชุมชน มีเสียงรบกวนทำให้ยากต่อการมีสมาธิ กอปรกับความยากของเนื้อหา และความต้องการที่จะได้โอกาสทางการศึกษาที่สูงขึ้นในลำดับต่อไป อาจเป็นเหตุให้เกิดความวิตกกังวล กัดดัน ผลกระทบต่อสุขภาพจิตของพระภิกษุสงฆ์เหล่านี้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ระดับการศึกษาปริยัติแผนกบาลี พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพระสมชาย โอดคำดี⁽⁴⁾ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของพระภิกษุสูงอายุ ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าพระภิกษุที่มีระดับการศึกษาแผนกบาลีที่ได้เปรียญธรรม จะมีสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีกว่าพระภิกษุที่ไม่ได้เปรียญธรรม อาจเนื่องด้วยการศึกษาพระภิกษุสูงอายุในระดับการศึกษาปริยัติแผนกธรรมมีความยากของเนื้อหาอยู่มาก เพราะเป็นการเรียนเขียน อ่าน ภาษาบาลีให้มีความเข้าใจในภาษาบาลีอย่างลึกซึ้งตามสายพระไตรปิฎก คือ ประโยค 1 – 5 อยู่ในสายพระสูตร ประโยค 6 – 7 อยู่ในสายพระวินัย ประโยค 8 –

9 อยู่ในสายพระอิทธิธรรม การสอบล้วนเป็นข้อสอบอัตนัย⁽⁴⁷⁾ ทำให้มีจำนวนพระภิกษุที่เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีได้ชั้นเปรียญธรรมแล้วค่อนข้างมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรส่วนใหญ่ ด้วยความยากของการเรียนการสอนนี้เองที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้เรียนได้ อีกทั้งด้วยวัยที่มากขึ้นทำให้ความสามารถด้านการเรียนรู้และความจำถดถอยลง ทำให้ยากต่อการเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีซึ่งต้องใช้ความสามารถเกี่ยวกับความจำเป็นส่วนใหญ่

การใช้ยาหรือสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พบว่า การใช้ยาหรือสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดาร์เนศ เกษไชย⁽³⁵⁾ ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุไทยในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การใช้สุราและบุหรี่ หรือสารเสพติดอื่นๆ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้า ด้วยกฎระเบียบตามพระวินัยสงฆ์ได้กำหนดข้อห้ามเรื่องของมีนเมาทำให้พระภิกษุสูงอายุไม่มีปัญหาเรื่องสุขภาพจิต เนื่องจากพระภิกษุสูงอายุมีโอกาสใช้ยาหรือสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทได้น้อยกว่าผู้สูงอายุทั่วไปที่ยังคงมีการใช้แอลกอฮอล์ บุหรี่ หรือสารเสพติดอื่นๆ จากการศึกษาของ Karim D.⁽⁴⁶⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้แอลกอฮอล์ในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุตั้งแต่ 55 - 85 ปีที่ยังมีการใช้แอลกอฮอล์จะมีส่งผลต่อการเป็นโรคอัลไซเมอร์และภาวะซึมเศร้าอันนำไปสู่ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ ซึ่งพระภิกษุสูงอายุที่มีการใช้ยาหรือสารที่มีออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อาจเนื่องด้วยปริมาณที่ใช้ไม่สูงจึงไม่ส่งผลเสียต่อร่างกายและสุขภาพจิต ในทางกลับกันพระภิกษุสูงอายุที่ไม่ได้ใช้ยาหรือสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทกลับมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิกา ทวิชาชาติและคณะ⁽³²⁾ ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี พบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานีมีการใช้สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท คือ การเคี้ยวหมากและการสูบบุหรี่ แต่เฉพาะในจังหวัดอุทัยธานีเท่านั้นที่พบว่าการเคี้ยวหมากและการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

การติดต่อกับญาติ พบว่า การติดต่อกับญาติพี่น้องไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่พบว่าพระภิกษุสูงอายุที่มีการติดต่อกับญาติมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าพระภิกษุสูงอายุที่ไม่ได้ติดต่อกับญาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาโนช ทับมณี⁽³³⁾ ศึกษาความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าการติดต่อกับลูกหลานหรือญาติมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยผู้สูงอายุที่ติดต่อกับลูกหลานอย่างใกล้ชิดมีความซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีการติดต่อกับลูกหลานแบบห่างเหินหรือไม่มีการติดต่อกันเลย อาจเนื่องด้วยพระภิกษุสูงอายุที่ได้ติดต่อกับญาติรู้สึกว่ามีครอบครัวให้พึ่งพาไม่ได้เป็นคนไร้ญาติ

ขาดมิตร การได้ติดต่อกับญาติเป็นเหมือนการได้รับความสนับสนุนจากครอบครัวทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือรู้สึกขาดที่พึ่ง

การวางแผนลาสิกขาบทในอนาคต พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่พระภิกษุสูงอายุที่เคยมีการวางแผนลาสิกขาบทในอนาคตมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุที่ไม่เคยมีการวางแผนลาสิกขาบทในอนาคต อาจเนื่องจากเหตุผลการบวชซึ่งพระภิกษุสูงอายุส่วนใหญ่บวชเพื่อทดแทนคุณบิดามารดาหรือผู้มีพระคุณและการบวชตามประเพณีซึ่งเหตุผลการบวชดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเหตุผลบวชเพื่อสละกิเลสทางโลกจึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของพระภิกษุสูงอายุที่มีการวางแผนลาสิกขาบทในอนาคตสูงกว่าพระภิกษุสูงอายุที่ไม่ได้วางแผนลาสิกขาบทในอนาคต

คะแนนทดสอบสมรรถภาพสมอง มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเชิงลบ คือ เมื่อคะแนนทดสอบสมรรถภาพสมองสูงจะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำ ในทางกลับกันเมื่อคะแนนทดสอบสมรรถภาพสมองต่ำจะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า^{(6),(33),(35),(36),(40),(42)} ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะพบว่ามีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Sherina M. et al⁽⁴⁰⁾ ศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุในเขตเมือง Selangor ประเทศมาเลเซีย พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพุดิปัญญาบกพร่องเล็กน้อยมีความความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งตรงกับความเห็นของ มาโนช หล่อตระกูล ที่ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพุดิปัญญาบกพร่องเล็กน้อยถือได้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นโรคอัลไซเมอร์ได้⁽⁴⁸⁾ ซึ่งในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีโอกาสพบว่ามีภาวะซึมเศร้าได้ด้วยเช่นกัน และภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ และราวครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยอัลไซเมอร์จะมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง⁽²³⁾ สามารถอธิบายได้ว่าพระภิกษุสูงอายุที่มีคะแนนทดสอบสมรรถภาพสมองต่ำจะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงเป็นผลให้พระภิกษุสูงอายุที่มีคะแนนทดสอบสมรรถภาพสมองต่ำ (24 – 25 คะแนน)แสดงถึงภาวะพุดิปัญญาบกพร่องเล็กน้อยซึ่งมีความเป็นไปได้ที่จะมีภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ

1. พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ซึ่งถ้าหากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการแก้ไข อาจทำให้พระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ดังนั้น หน่วยงานต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับพระภิกษุสงฆ์ ควรมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับข้อมูลส่วนนี้ เพื่อหาแนวทางป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตในพระภิกษุสูงอายุให้พระภิกษุสูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี

2. ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้พระภิกษุสูงอายุมีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น เนื่องจากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลงไปตามวัยทำให้เรื่องของการดูแลร่างกายและสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ ควรให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวอย่างให้มีสุขภาพที่ดี เช่น การฉันทาอาหาร ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีประเภทไขมัน ย่อยยาก หวานเกินไปหรือเค็มเกินไป มีรสจัด เพราะอาหารเหล่านี้นำมาซึ่งโรคภัยต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับพระภิกษุสงฆ์นั้นควรมีการเผยแพร่ให้ประชาชนทั่วไปได้มีความรู้ด้วย เนื่องจากอาหารส่วนส่วนใหญ่ที่พระภิกษุสงฆ์ท่านฉันนั้นล้วนได้มาจากการที่ญาติโยมนำมาถวายนั่นเอง

3. ควรมีการสนับสนุนให้พระภิกษุสงฆ์หรือบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งขึ้นมาโดยเฉพาะที่ทำหน้าที่ในการดูแลความเป็นอยู่ของพระภิกษุสูงอายุภายในวัด เพื่อสอดส่องดูแลและให้ความช่วยเหลือพระภิกษุสูงอายุที่เจ็บป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากนัก ก็จะทำให้พระภิกษุสูงอายุมีกำลังใจหรือหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น อันเป็นผลจากความใส่ใจที่ได้รับจากคนรอบข้าง ถือว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตในพระภิกษุสูงอายุให้ดีขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการเพิ่มปริมาณการสุ่มตัวอย่างให้มีความหลากหลายของพื้นที่มากขึ้น กล่าวคือ นอกจากเขตในกรุงเทพมหานครแล้ว ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับเขตปริมณฑล หรือจังหวัดอื่นของประเทศไทย เพื่อให้เห็นความเหมือนและความแตกต่างของปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสูงอายุมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ทราบถึงสุขภาพจิตของพระภิกษุและนำไปสู่การส่งเสริมหรือพัฒนาสุขภาพจิตทั้งของพระภิกษุทั่วไปและภิกษุสูงอายุ

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าด้านอื่นๆ เพิ่มมากขึ้น เช่น ภาวะสมองเสื่อม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีส่วนร่วมในสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับหลักธรรมหรือข้อธรรมะในพระพุทธศาสนา ที่ส่งผลต่อภาวะซึ่มเศร้าในพระภิกษุให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น เพื่อที่จะนำไปปรับประยุกต์ใช้กับทั้งพระภิกษุและบุคคลทั่วไปที่มีภาวะซึ่มเศร้า

4. ควรมีการศึกษาวิธีวิจัยโดยใช้วิธีรวบรวมข้อมูลอื่น ที่นอกเหนือจากการใช้แบบสอบถาม เช่น การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถามแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากขึ้นและทำให้ผลการศึกษาวิจัยได้รับประโยชน์มากขึ้น



ศูนย์วิทยพัทยาการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

- (1) ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้า รักษาหายได้. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์, 2542.
- (2) สุวรรณภา อรุณพงศ์ไพศาล. อารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. ศรีนครินทร์เวชสาร 15(1) : 23-27.
- (3) เซาวณี ล่องชุมผล. ผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- (4) พระสมชาย โอดคำดี. ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของพระภิกษุสูงอายุ ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว ศิลปากร, 2548.
- (5) ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานพระพุทธศาสนา. ข้อมูลพื้นฐานทางพระพุทธศาสนาปี 53[ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา:
http://www.onab.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=912:2011-02-15-04-59-34&catid=77:2009-07-14-14-27-10&Itemid=381
[2554, มกราคม 18].
- (6) อรพรรณ ทองแดง และคนอื่น ๆ. การวิจัยเพื่อพัฒนาคู่มือสำรวจอารมณ์เศร้าด้วยตัวเองในผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร : ศิริราชพยาบาล, 2545.
- (7) ทวี ตั้งเสรี และคนอื่น ๆ. การพัฒนาแบบคัดกรองของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์, 2551.
- (8) สมภพ เรืองตระกูล. โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2543.
- (9) สายฝน เอกวารงกุล. รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ส.เอเซียเพรส, 2553.
- (10) Beck, A.T. Depression : Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York : Harper Row, 1967.
- (11) Christine, R. and Lisa, L. Depression Lifting The Cloud. Sydney : Wyeth Australian Pty, 2003.

- (12) Athealth.com . Men and Depression .[Online]. NIH Publication No.03-4972 ,2003
Available from :
<http://www.athealth.com/Consumer/disorders/depressionmen.html>
[2010,Nov 31].
- (13) Nakatsuka Masahiro. Possible strategies for Risk-Minimizing and Elderly Detection of Depression in older Adults. Kyoto : Human Brain Research Centre, 2010.
- (14) บัณฑิต จันทะยานี. เพิ่มสีสัน ของชีวิตในชายวัยทอง. กรุงเทพมหานคร : ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2545.
- (15) พิสุทธิพร จำใจ . 29 โรคอันตราย อันเป็นผลจากภาวะโลกร้อน . กรุงเทพมหานคร : ต้นธรรม , 2551.
- (16) สุทธนันท์ ชุนแจ่ม. การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหิดล, 2551.
- (17) Sandra Salmans. โรคอารมณ์ซึมเศร้า คำถามที่คุณมี คำตอบที่คุณต้องการ. แปลโดย ณรงค์ สุภัทรพันธุ์. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หน้าตาต่างสูโลกกว้าง, 2543.
- (18) David, S B. and Robert. MA Hirschfeld, Fast Facts – Depression. Oxford : Fine Print (Services), 2005.
- (19) ปุณยพร สิทธิพรอนันต์ . ฆ่าตัวตาย เพราะโรคซึมเศร้า . กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ไกลด์หมอ , 2550.
- (20) Zung . Zung Self-Rating Depression Scale. Arch Gen Psychiatry.12(1965) : 63 - 70.
- (21) กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. สารศิริราช . 46 (1) (มกราคม 2537) : 1 - 9.
- (22) ชลธิชา บุญศิริ. การศึกษาคือความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรม-ผู้สูงอายุชรพยาบาล.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ ศรีนครินทร์โรดม, 2550.
- (23) อมรชัย หาญผดุงธรรมะ. ภาวะซึมเศร้าและความจำเสื่อม. ไกลด์หมอ 23(1) (มกราคม 2542) : 39 – 41.
- (24) สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (Clinical Practice Guideline for Dementia). ในรายงานการประชุม/สัมมนาการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม : ฉบับเรียบเรียง ครั้งที่ 2, 2551.

- (25) อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ. Mild Cognitive Impairment. ใน มุ่งสู่สังคมสูงอายุที่มีคุณภาพ : จากวิทยาศาสตร์พื้นฐานสู่การปฏิบัติ, หน้า 3 – 15. เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น, 2550.
- (26) The center for Gerontology, Blacksburg, VA . Mild Cognitive Impairment (MCI) What do we do now?. VirginiaTech. (October 2006).
- (27) Alzheimer's association. Mild Cognitive Impairment (MCI). The Alzheimer's Association 2007: 1 – 6.
- (28) สุพัทธา วงศ์จิระสวัสดิ์. สุขภาพจิตพระภิกษุสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- (29) ธรรมทาส พานิช. พระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ สุขภาพใจ, 2530.
- (30) บุญมี แทนแก้ว. พระสงฆ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โอ.เอส พริ้นติ้ง เฮ้าส์, 2547.
- (31) ฟื้น ดอกบัว. วัดและพระสงฆ์ทางพระพุทธศาสนาในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : ศิลปาบรรณการ, 2550.
- (32) นันทิกา ทวิชาชาติ, อรพรรณ เมฆสุภะ และธงชัย ทวิชาชาติ. การศึกษาความสัมพันธ์ของ ปัจจัยทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานคร และ จังหวัดอุทัยธานี. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 35 (2534) : 195-203.
- (33) มาโนช ทับมณี . ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขต กรุงเทพมหานคร . วารสารจิตวิทยาคลินิก . 32 (2544) : 43 – 57.
- (34) ปรีชา ศตวรรษธำรง . การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะสมองเสื่อมและ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ . โรงพยาบาลสมเด็จพระยา . กรมสุขภาพจิต : กระทรวงสาธารณสุข , 2544 , อ้างถึงใน เซาวณี ล่องชุมพล. ผลของการใช้กลุ่ม บำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- (35) ดารณศ เกษไชย, ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, ปัทมา ศิริเวช และวีระเดช วีระพงศ์เศรษฐ์. การศึกษา ความชุกของภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุไทยใน กรุงเทพมหานคร. วารสารโรงพยาบาลสมเด็จพระยา 1(3) (กันยายน – ธันวาคม 2544) : 6 - 15.

- (36) กนกรัตน์ สุชะตุงคะ และคนอื่น ๆ. ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง. สารศิริราช 51(4) (เมษายน 2542) : 232 - 243.
- (37) อิงใจ จันทมูล. ความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- (38) จินตนา เหลืองศิริเชียร. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสืบสวนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ. ศรีนครินทรวิโรฒ, 2550.
- (39) สมใจ โชติธนพันธ์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสืบสวนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ บ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต , สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ. ศรีนครินทรวิโรฒ, 2550.
- (40) Sherina M. The prevalence of depression among elderly in an urban area of Selangor, Malaysia. The International Medical Journal. 4(2)(2005) : 57 – 62.
- (41) สมภาพ รุ่งเรืองกลกิจ. ความแตกต่างทางเพศภาวะ ปัจจัยประชากรทางสังคมที่เชื่อมโยงกับการเกิดโรคซึมเศร้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 55(4)(2553) : 337 - 346.
- (42) เกริกชัย พิชัย. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ แผนกอายุรกรรมที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- (43) ชัดเจน จันทรพัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 12(2) (2547) : 80 -89.
- (44) กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารศิริราช. 45 (2536) : 359 – 374.
- (45) Akkayagorn L. Cognitive profiles, hormonal replacement therapy and related factor in Thai menopausal women. Asia Biomedicine Vol.3 No.4 (August 2009): 439 – 444.
- (46) ทินพันธ์ นาคะตะ. พระพุทธศาสนากับสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร : โครงการเอกสารและตำรา สมาคมรัฐประศาสนศาสตร์ นิด้า, 2544.

- (47) เสฐียร วรณปก. พุทธศาสนา : ทัศนะและวิจารณ์. นนทบุรี : ซ่อมะไฟ, 2529.
- (48) มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.
- (49) Dar K. Alcohol use disorders in elderly people: fact or fiction?. Advances in Psychiatric Treatment Vol.12 (2006) : 173 – 181.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองทางจริยธรรม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



COA No. 428/2010
IRB No. 290/53

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4455 ext 14, 15

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : FACTORS RELATED TO DEPRESSION AMONG ELDERLY MONKS IN BANGKON METROPOLIS

Study Code : -

Study Center : Department of Psychiatry,
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.

Principal Investigator : Miss Tawanrat Sriwilas

Document Reviewed :

1. Protocol Version 1.1 Dated 7 August 2010
2. Protocol synopsis Version 1.0 Dated 19 June 2010
3. Questionnaire Version 1.1 Dated 7 August 2010
4. Information sheet for research participant Version 1.1 Dated 7 August 2010
5. Consent Form Version 1.1 Dated 7 August 2010

Signature: 
(Professor Tada Sueblinvong MD)
Chairperson of
The Institutional Review Board

Signature: 
(Assistant Professor Apichai Vasuratna MD)
Committee and Assistant Secretary, Acting
Secretary of The Institutional Review Board

Date of Approval : September 2, 2010

Approval Expire Date : September 1, 2011

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



ภาคผนวก ข

จดหมายขอเก็บข้อมูล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่ จว. พิเศษ / 2553

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กันยายน 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

เรียน ท่านเจ้าอาวาสวัด -

ด้วย นางสาววัลรัตน์ ศรีวิลาส นิสิตปริญญาโท ชั้นปีที่ 2 สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี ศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงใคร่ขออนุญาตให้นางสาววัลรัตน์ ศรีวิลาส ทำการเก็บข้อมูล ณ วัด - โดยใช้แบบสอบถาม ดังโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่แนบมา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์แก่นิสิตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

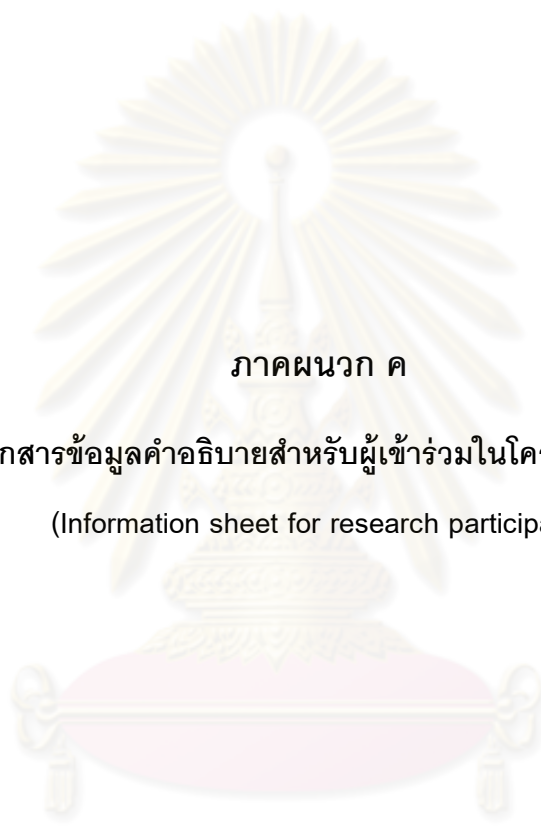
ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

.....
(นางสาววัลรัตน์ ศรีวิลาส)
นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต

.....
(ศาสตราจารย์แพทย์นันทิกา ทวิชาชาติ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

.....
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ สุภปิติพร)
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โทร. - / วัลรัตน์ โทร. -




ภาคผนวก ค

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

(Information sheet for research participant)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---


ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
Factors related to depression among elderly Monks in Bangkok Metropolis

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวธวัลรัตน์ ศรีวิลาศ
ที่อยู่ 73 หมู่ 13 เพชรเกษม 48 แยก 16 บางด้วน เขตภาษีเจริญ จ.กรุงเทพมหานคร 10160
เบอร์โทรศัพท์ 02-869-8100 , 089-8101995
(ที่ทำงานและมือถือ)

เรียน พระคุณเจ้าผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกรูป

พระคุณเจ้าได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากพระคุณเจ้าเป็นพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร เพราะการวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยจะขอความร่วมมือจากพระคุณเจ้าผู้เป็นอาสาสมัครทั้งสิ้น จำนวน 256 รูป ที่สมัครใจเข้าร่วมศึกษาวิจัย ผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นจากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับแนวทางในการป้องกัน แก้ไข และเพื่อพัฒนาทางสุขภาพจิตในพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครได้รับการดูแล ซึ่งข้อมูลของพระคุณเจ้าจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องที่จะนำข้อมูลนี้ไปใช้หรือเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป โดยก่อนที่พระคุณเจ้าจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้พระคุณเจ้าอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้พระคุณเจ้าได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากพระคุณเจ้ามีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่พระคุณเจ้าได้

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

พระคุณเจ้าสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของพระคุณเจ้าได้ พระคุณเจ้ามีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ หากพระคุณเจ้าตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้พระคุณเจ้าลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สภาวะสังคมผู้สูงอายุ อัตราผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้นแสดงถึงการมีอายุขัยเฉลี่ยของประชากรที่สูงขึ้น และการที่มีอายุยืนยาวขึ้นนี้เองที่มีผลต่อปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาทางด้านร่างกายที่มีความเสื่อมสภาพลง การเจ็บป่วยด้วยโรคภัยต่างๆ นอกจากทางกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจอีกด้วยโดยโรคทางจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคซึมเศร้า ซึ่งพบได้ในผู้สูงอายุทั่วไปพระภิกษุสงฆ์ก็เช่นกันที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจได้ อีกทั้งพระพุทธานุภาพก็เป็นสถาบันหนึ่งที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับสังคมไทยมาก จำนวนพระภิกษุสงฆ์ก็มีอยู่ไม่น้อย ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพระภิกษุสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นประโยชน์ในการป้องกัน ปรับปรุง และพัฒนาให้พระภิกษุสงฆ์มีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เกิดประโยชน์ส่งต่อไปยังสังคมและประเทศชาติอีกด้วย


วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้ คือ

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานคร
 2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของพระภิกษุสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานคร
- จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย คือ 256 รูป

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากพระคุณเจ้าให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอสอบถามอายุของพระคุณเจ้าและความสามารถในการอ่านออก เขียนหนังสือภาษาไทยได้ เพื่อคัดกรองว่าพระคุณเจ้ามีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัยนี้

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

หากพระองค์เจ้ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยจะทำการทดสอบพหุมิติปัญญาด้วยแบบทดสอบ เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยผ่านการทดสอบพหุมิติปัญญาแล้ว ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้พระองค์เจ้าทำ ซึ่งพระองค์เจ้าจะต้องเป็นผู้ตอบและประเมินด้วยตนเองทั้งหมด โดยแบบสอบถามประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 4 ข้อ ข้อมูลก่อนบวช 8 ข้อ ข้อมูลขณะบวช 15 ข้อ แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย 30 ข้อ โดยเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 – 30 นาที

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย


เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากพระองค์เจ้า โดยจะขอให้พระองค์เจ้าปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับพระองค์เจ้าระหว่างที่พระองค์เจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การศึกษานี้ อาศัยการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ไม่ได้ใช้สิ่งทดลองแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย และผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และก่อนการเก็บข้อมูลทุกครั้ง ผู้วิจัยได้ขออนุญาตและอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ขั้นตอนของการเก็บข้อมูลทุกครั้ง สามารถให้การปฏิเสธตอบคำถามใดๆ ที่ไม่สามารถตอบได้ นอกจากนั้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่รวบรวมไว้เป็นความลับจะไม่มีการเปิดเผยอันส่งผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย และทำการวิเคราะห์ นำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมโดยไม่มีภาวะระบุหรือเจาะจงถึงตัวบุคคล

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

พระองค์เจ้าจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะนำมาเป็นข้อมูลเพื่อการป้องกัน แก้ไข ภาวะซึมเศร้าอันอาจนำไปสู่โรคซึมเศร้าของพระภิกษุสูงอายุ และเป็นแนวทางส่งเสริมพัฒนาสุขภาพจิต ในพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครให้ดีขึ้นได้

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย</p> <p style="text-align: center;">(Information sheet for research participant)</p>
---	---

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

พระคุณเจ้าไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่พระคุณเจ้าเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของพระคุณเจ้าได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาพระคุณเจ้าก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของพระคุณเจ้าขณะเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้พระคุณเจ้าปฏิบัติดังนี้

- ขอให้พระคุณเจ้าให้ข้อมูลทางการแพทย์ของพระคุณเจ้าทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้พระคุณเจ้าแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่พระคุณเจ้าร่วมในโครงการวิจัย
- หากพระคุณเจ้าไม่สามารถตอบคำถามด้วยสาเหตุใดๆ ก็ตามพระคุณเจ้าสามารถเว้นการตอบได้


อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบความไม่สะดวก หรือยุ่งยากที่เกิดขึ้นจากการวิจัย พระคุณเจ้ามีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้รวมถึงสิทธิในการเลือกที่จะไม่ตอบแบบสอบถามในข้อที่พระคุณเจ้าไม่สามารถตอบได้หรือไม่ประสงค์ที่จะตอบ

ในกรณีที่พระคุณเจ้าได้รับความไม่สะดวกที่เกิดจากการวิจัย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย พระคุณเจ้าสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย ธวัชรัตน์ ศรีวิลาส ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากพระคุณเจ้าไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว พระคุณเจ้าสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงนามออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของพระคุณเจ้าแต่อย่างใด

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

ผู้ทำวิจัยอาจถอนพระคุณเจ้าออกจากโครงการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของพระคุณเจ้า หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวพระคุณเจ้า จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชนในกรณีที่เกิดการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของพระคุณเจ้าจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของพระคุณเจ้า

จากการลงนามยินยอมของพระคุณเจ้าผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลของพระคุณเจ้าได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากพระคุณเจ้าต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว พระคุณเจ้าสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ 73 หมู่ 13 เพชรเกษม 48 แยก 16 บางด้วน เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ 10160


หากพระคุณเจ้าขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่พระคุณเจ้าได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของพระคุณเจ้าจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอื่น ๆ ของพระคุณเจ้าอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และพระคุณเจ้าจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้ เนื่องจากข้อมูลของพระคุณเจ้าที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของพระคุณเจ้าแพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของพระคุณเจ้าที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาพระคุณเจ้าได้

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่พระคุณเจ้าเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย พระคุณเจ้าจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. พระคุณเจ้าจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. พระคุณเจ้าจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
3. พระคุณเจ้าจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่พระคุณเจ้าอาจได้รับจากการวิจัย
4. พระคุณเจ้าจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

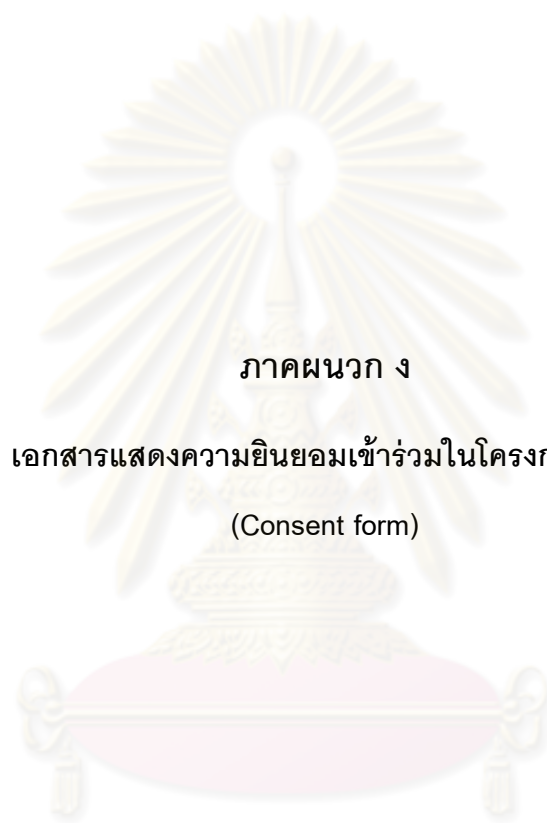
 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

5. พระคุณเจ้าจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ พระคุณเจ้าสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
6. พระคุณเจ้าจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
7. พระคุณเจ้าจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากพระคุณเจ้าไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือพระคุณเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย พระคุณเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอกราบนมัสการที่ให้ความเมตตาร่วมมือของพระคุณเจ้ามา ณ ที่นี้

ศูนย์วิทยพัชยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย




ภาคผนวก ง

เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

(Consent form)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
--	---

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในพระภิกษุสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
Factors related to depression among elderly Monks in Bangkok Metropolis

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อาตมาภาพ อาตมา.....

ที่อยู่.....ได้อ่าน

รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และอาตมา
ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

อาตมาได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่อาตมาได้ลงนาม และ วันที่
พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้
อาตมาได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย
หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่น
อย่างละเอียด อาตมามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัย
ได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนอาตมาพอใจ

อาตมามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการ
บอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่อาตมาจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของอาตมาเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ
ยินยอมจากอาตมาเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม
การวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของ
ผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตก
ลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้อาตมาได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของ
ผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่อาตมาขอยกเลิกการ
เข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึง
ตัวอาตมาได้

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
--	---

อาตมาเข้าใจว่า อาตมามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของอาตมา และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของอาตมาได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

อาตมาได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของอาตมาที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบการวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

อาตมาได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....



ภาคผนวก จ

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

6. สถานภาพสมรส

- โสด 1
 แต่งงานอยู่ด้วยกัน 2
 แต่งงานแยกกันอยู่ 3
 หย่าร้าง 4
 หม้าย 5

7. พระคุณเจ้าเคยใช้ยาหรือสารเสพติดหรือไม่ ?

- ไม่เคย 1
 เคย (ให้ตอบข้อ 8) 2

8. พระคุณเจ้าได้เคยใช้สารต่อไปนี้หรือไม่ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

- สุรา ระยะเวลาที่ใช้.....เลิกใช้มานาน..... 1
 บุหรี่ ระยะเวลาที่ใช้.....เลิกใช้มานาน..... 2
 ยาบ้า หรือ ยาอี ระยะเวลาที่ใช้.....เลิกใช้มานาน..... 3
 ฝิ่น หรือ กัญชา ระยะเวลาที่ใช้.....เลิกใช้มานาน..... 4
 เฮโรอีน ระยะเวลาที่ใช้.....เลิกใช้มานาน..... 5
 ยานอนหลับ ระยะเวลาที่ใช้.....เลิกใช้มานาน..... 6
 ยาทางจิตเวช ระยะเวลาที่ใช้.....เลิกใช้มานาน..... 7
 อื่นๆ โปรดระบุ.....ระยะเวลาที่ใช้.....เลิกใช้มานาน..... 8

ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลขณะบวช

1. พระคุณเจ้าเคยเจ็บป่วยทางด้านจิตเวชหรือไม่ ?

ไม่เคย 1

เคย โปรดระบุ (เช่น โรควิตกกังวล เป็นต้น)..... 2
2. พระคุณเจ้าได้รับการรักษาจากจิตแพทย์หรือไม่ ?

ไม่เคย 1

เคย 2
3. ระยะเวลาที่พระคุณเจ้าได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ (เช่น 3 เดือน หรือ 1 ปี เป็นต้น)
4. พระคุณเจ้ามีโรคประจำตัวหรือไม่ ?

ไม่มี 1

มี โปรดระบุ..... 2
5. พระคุณเจ้าเริ่มบวชเป็นพระเมื่ออายุปี
6. พรรษาของพระคุณเจ้าพรรษา
7. เหตุผลที่พระคุณเจ้ามาบวชเป็นพระภิกษุสงฆ์

บวชเพื่อทดแทนคุณบิดามารดาหรือผู้มีพระคุณ 1

บวชตามประเพณี 2

บวชเพื่อสละกิเลสทางโลก 3

บวชเพื่อต้องการศึกษาธรรมะให้ลึกซึ้ง 4

บวชเพื่อให้ได้โอกาสทางการศึกษาสูงขึ้น 5

อื่นๆ โปรดระบุ 6
8. สถานภาพในการจำพรรษาที่วัดแห่งนี้

เจ้าอาวาสวัด 1

รองเจ้าอาวาสวัด 2

ผู้ช่วยเจ้าอาวาสวัด 3

ผู้ช่วยรองเจ้าอาวาสวัด 4

พระลูกวัด 5

อื่นๆ โปรดระบุ..... 6

ส่วนที่ 5 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale- TGDS)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมิน ความรู้สึกของพระคุณเจ้าในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

- ให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับคำว่า “ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของพระคุณเจ้า
- ให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับคำว่า “ไม่ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของพระคุณเจ้า

	ใช่	ไม่ใช่
1 พระคุณเจ้าพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้
2 พระคุณเจ้าไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ
3 พระคุณเจ้ารู้สึกชีวิตของพระคุณเจ้าช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร
4 พระคุณเจ้ารู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ
5 พระคุณเจ้าหวังว่าจะมีสิ่งที่ดี เกิดขึ้นในวันหน้า
6 พระคุณเจ้ามีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
30 พระคุณเจ้ามีจิตใจ สบาย แจ่มใสเหมือนก่อน

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวธวัลรัตน์ ศรีวิลาศ เกิดเมื่อวันที่ 28 มกราคม พ.ศ. 2528 จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาปรัชญาและศาสนา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เมื่อปีการศึกษา 2549 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2552



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย