

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม

นางกาญจนา กิริยาภม

นางกาญจนา กิริยาภม

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรทิพย์ มาลาธรรม,

Ph. D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุปรียา มั่นคง,

Ph. D. (Gerontological Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ศักดิ์,

พย. ค.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2553

นางกาญจนา กิริยางาม

นางกาญจนา กิริยางาม

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุปรีดา มั่นคง,

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุปรีดา มั่นคง,

Ph. D. (Gerontological Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา

Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,

Ph. D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรทิพย์ มาลาธรรม,

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรทิพย์ มาลาธรรม,

Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,

พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างยิ่งจากผศ.ดร. พรทิพย์ มาลาธรรม ผศ.ดร. สุปรีดา มั่นคง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ และให้กำลังใจเมื่อยามท้อแท้แก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของวิทยานิพนธ์ให้เสร็จสมบูรณ์ด้วยดี ผศ.ดร. โสภิตา แสงอ่อน ผศ.ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรปริญญาโททุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์รวมทั้งฝึกฝนทักษะต่างๆแก่ผู้วิจัย และขอกราบขอบพระคุณ พญ. อรพิชญา ไกรฤทธิ ภาควิชา, สุชาดา ธนภัทร์กวิน และภาควิชา, ศุภจิต สระเอี่ยม ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัยให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะรวมทั้งคำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่ได้กรุณาอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูล ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ รองผู้อำนวยการฯทุกฝ่าย หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ และคณาจารย์ในภาควิชาทุกท่าน ที่ให้เวลาผู้วิจัยได้ศึกษาต่อและให้เวลาในการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จสมบูรณ์ รวมทั้งให้กำลังใจมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณหัวหน้าคณบดีผู้ช่วยอายุรกรรมสามัญและพิเศษ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลืออย่างยิ่งในการเก็บข้อมูล ตลอดจนขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านที่เข้าร่วมในการวิจัย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ ขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาพยาบาลปริญญาโททุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือและกำลังใจเสมอมา รวมถึงเจ้าหน้าที่หลักสูตรปริญญาโททุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆเป็นอย่างดี

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา-มารดา และพี่น้องครอบครัววงศ์ญาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณเฉลิมศักดิ์ กิริยาภาม ที่คอยห่วงใย และสนับสนุนทั้งทางด้านการทรัพย์ที่เกี่ยวกับการเรียน และให้กำลังใจเมื่อยามท้อแท้แก่ผู้วิจัยตลอดมา คุณความดีและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้ป่วยและทุกท่าน

กาญจนา กิริยาภาม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม

FACTORS RELATED TO DEPRESSION OF HOSPITALIZED OLDER PATIENTS IN MEDICAL UNITS

กาญจนา กิริยางาม 4837025 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: พรทิพย์ มาลาธรรม, Ph.D. (Nursing), สุปรีดา มั่นคง, Ph.D. (Gerontological Nursing)

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวิจัยเชิงบรรยายแบบตัดขวาง (Descriptive cross-sectional correlational study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการทำกิจกรรม ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2551 ได้รับการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 100 ราย เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรักษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 8 ส่วน คือ แบบทดสอบสภาพจิตใจอย่างสั้น แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธล แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย แบบประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 79 โดยส่วนใหญ่มีซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 58 ซึมเศร้าปานกลาง และซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 19, และ 2 ตามลำดับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย โดยพบว่า เพศชายมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศหญิง และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยในระดับมาก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในขนาดปานกลาง ($r_s = .43, p < .01$) และปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ความสามารถในการทำกิจกรรม ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยสำคัญต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรม ดังนั้นในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พยาบาลควรหาวิธีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความสามารถในการทำกิจกรรม / ความรุนแรงของความเจ็บป่วย / ภาวะซึมเศร้า / ผู้ป่วยสูงอายุ / อายุรกรรม

**FACTORS RELATED TO DEPRESSION OF HOSPITALIZED OLDER PATIENTS
IN MEDICAL UNITS****KANJANA KIRIYA-NGAM 4837025 RAAN/M****M.N.S. (ADULT NURSING)****THESIS ADVISORY COMMITTEE: PORNTIP MALATHUM, Ph.D. (NURSING),
SUPREEDA MONKONG, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING).****ABSTRACT**

Depression has been a frequent mental health problem of older people especially hospitalized older patients. This descriptive cross-sectional correlational study aimed at exploring the relationship between personal factors, functional ability, severity of illness, family relationships, and medications that may cause depression among older patients. The sample consisted of 100 patients aged 60 years and older who were admitted to Medical Units of Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital from October to December B.E. 2551, and were recruited by purposive sampling. The data were collected using structured interviews and medical records. There were 8 research instruments: the Short Portable Mental Status Questionnaire, the Demographic Data Form, the Modified Barthel Activities of Daily Living Index, the Perceived Severity of Illness Assessment Form, the Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II Survey (APACHE II), the Family Relationship Evaluation Form, the Depression-Inducing Medications Assessment Form, and the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS).

Results revealed that 79% of the sample had depression. Most of them had mild depression (58%), followed by moderate depression (19%), and severe depression (2%). Gender and perceived severity of illness were significantly related to depression in older patients. Men had more depression than women, and perceived severity of illness was positively related to depression ($r_s = .43, p < .01$). Other factors such as age, marital status, functional ability, physiologic severity of illness, family relationships, and depression-inducing medications were not significantly related to depression ($p > .05$).

Findings of this study indicated that perceived severity of illness is an important factor related to depression in older patients. Thus, to help prevent depression in older adults, nurses should find ways to give them information about their illness appropriately.

**KEY WORDS: FUNCTIONAL ABILITY / SEVERITY OF ILLNESS / DEPRESSION /
HOSPITALIZED OLDER PATIENTS / MEDICAL UNITS****154 pages**

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
สมมติฐานในการวิจัย	9
ขอบเขตของการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
นิยามตัวแปร	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	12
การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ	12
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	15
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล	25
สรุปการทบทวนวรรณกรรม	38
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	40
สถานที่ศึกษา	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย	48

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	
การเก็บรวบรวมข้อมูล	49
การวิเคราะห์ข้อมูล	50
บทที่ 4 ผลการวิจัย	51
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	51
ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	54
ลักษณะของตัวแปรในการศึกษา	58
ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย	61
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม	62
บทที่ 5 การอภิปรายผล	64
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	75
สรุปผลการวิจัย	75
ข้อเสนอแนะ	78
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	79
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	100
รายการอ้างอิง	119
ภาคผนวก	132
ภาคผนวก ก	รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย
ภาคผนวก ข	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ภาคผนวก ค	คำชี้แจงพหุทัศนะของผู้เข้าร่วมวิจัย
ภาคผนวก ง	หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ประวัติผู้วิจัย	154

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล	52
2	จำนวนและร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	55
3	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ	59
4	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรในการศึกษาเมื่อจำแนกตามเพศ	60
5	จำนวนและร้อยละของตัวแปรในการศึกษา	61
6	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างเพศและสถานภาพสมรส ด้วย t-test	62
7	ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาและคะแนนภาวะซึมเศร้า	63

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ

หน้า

- 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย
สูงอายุในแผนกอายุรกรรม

8



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นส่งผลให้ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นทั่วโลก อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นในระหว่างปี พ.ศ. 2538-2551 ในเพศชายจาก 66.66 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 69.5 ปี และในเพศหญิงจาก 71.7 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 76.3 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551) สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจพบว่าในปี 2542 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5.6 ล้านคน ในจำนวนประชากรทั้งหมด 60 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.3 ของประชากรทั้งหมด และมีการคาดการณ์ว่า ปี พ.ศ.2563 จะมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนประมาณ 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.3 ของประชากรรวม (ศรีจิตรา บุญนาค และสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล , 2542: 23-25) และจากการสำรวจของสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุว่า ปี 2547-2550 อัตราผู้สูงอายุจะเพิ่มทุกปีเฉลี่ยเกือบ 2 แสนคนต่อปี และการเปลี่ยนแปลงทำให้ประเทศไทยเข้าสู่ “ภาวะประชากรสูงอายุ” (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ: สสส., 2549) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มประชากรอีกกลุ่มหนึ่งที่ควรจะได้รับ ความสนใจมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ เช่น ร่างกาย จิตใจ สังคม เป็นต้น อาจทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายและความต้านทานต่อโรคต่างๆลดลง ส่งผลให้ ผู้สูงอายุเกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน วัณโรค โรคหลอดเลือดหัวใจ ข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ต้อกระจก และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (บรรลุ ศิริพานิช, 2544; Eliopoulos, 1993) ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น จากการศึกษาของจิตะพันธุ์กุล และคณะ (Jitapunkul et al., 1998) พบว่ามีผู้สูงอายุที่ประสบภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 30 ของเตียงทั้งหมดทั่วประเทศ และจากสถิติของวิทยาลัย แพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลพบว่า ในระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2550 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นผู้ป่วยสูงอายुर้อยละ 54.6 (หน่วยเวชสถิติ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล, 2550) ซึ่งเป็นปริมาณที่สูงมากกว่า

ครั้งหนึ่งของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องจำเป็น ซึ่งผู้สูงอายุมักจะมีการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคต่างๆรวมถึงภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นภาวะจิตใจที่เศร้าหมอง ท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ ต่ำหนีดตัวเอง ไร้ค่า (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536; Kbranch, 1995; Neese, 1991; Peden, 1993) จากการทบทวนงานวิจัยพบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 20-40 ของผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป (Valente, 1994) และพบสูงถึงร้อยละ 30-50 ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในสถาบันการดูแล (Lueckenotte, 1996: 274) สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาของชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 61.7 นอกจากนี้ยังมีหลายการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังประมาณร้อยละ 33.33 ของผู้ป่วยเรื้อรังทั้งหมด (Gomez & Gomez, 1993) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hagerty, 1995) มีรายงานเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดในสมองพบร้อยละ 22-50 โรคกระเริงพบร้อยละ 18-39 โรคพาร์กินสันพบร้อยละ 10-37 และเบาหวานพบร้อยละ 5-11 เป็นต้น (Sable, Dunn, & Zisook, 2002) ผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่า ผู้สูงอายุในสถานพยาบาล และผู้สูงอายุที่มีโรคทางอายุรกรรมมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12-16 (Miller, 1999) นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมของ Koenig (1998) ในระหว่างปี ค.ศ. 1965-1995 พบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายुर้อยละ 3-16 และพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 64 (Kumar, Lavretsky, & Elderkin-Thompson, 2004) ซึ่งอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอาจแตกต่างกันแต่นั้นับว่าสูง และโรคที่พบส่วนใหญ่ก็เป็นโรคทางอายุรกรรม ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

ผู้สูงอายุทางอายุรกรรมจะมีปัญหาที่ซับซ้อนแตกต่างจากผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ และต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมต่างๆที่เปลี่ยนไปในโรงพยาบาลรวมถึงการรักษาที่หลากหลาย ซึ่งอาจส่งผลให้ไม่สามารถปรับตัวได้และอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยอายุรกรรมมักจะมีการเจ็บป่วยในหลายระบบ มีการใช้ยาหลายชนิด และมีโอกาสเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาเมื่อต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (Koenig, George, Peterson, & Pieper; 1997, Koenig, 1998) เนื่องจากผู้สูงอายุมีพลังสำรองลดลง มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการสูงอายุมาร่วมกับมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้นเมื่อมีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ผู้สูงอายุมักจะมีพยาธิสภาพหลายระบบในเวลาเดียวกัน มีอาการและอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง ผู้สูงอายุทางอายุรกรรมยังได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ซึ่งเป็นสาเหตุให้เมื่อผู้สูงอายุที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล มีโอกาสเกิดกลุ่มอาการเฉพาะใน

ผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) เช่น ภาวะปอดแฟบ ปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะสับสนเฉียบพลัน แผลกดทับ อุบัติเหตุหกล้ม และภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการพักรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ไม่สามารถดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมด ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นผลให้ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น ซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาวะเศรษฐกิจ (สุปริดา มั่นคง, เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, ทิพวรรณ ไตรติลานนท์, พงนิ รอดจินดา, และสุนทรี เจียรวิทย์กิจ, 2549: 319) ซึ่งการเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นปัจจัยเสี่ยงปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะเครียด อีกทั้งยังทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุลดลงมากกว่าเดิม และมีการฟื้นคืนสภาพเดิมช้ากว่าผู้ป่วยวัยอื่นๆ ผลจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันร่วมกับโรคประจำตัวในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น (สุปริดา มั่นคง และคณะ, 2549) หากผู้ป่วยสูงอายุสามารถปรับตัวชดเชยได้ก็จะไม่เกิดปัญหาสุขภาพจิต แต่หากไม่สามารถปรับตัวชดเชยต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ผู้สูงอายุก็จะรู้สึกวุ่นวายไร้ค่า สิ้นหวัง และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

เมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุต้องแยกจากบุคคลในครอบครัว ต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่คุ้นเคยหรือสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ในโรงพยาบาล ต้องพบกับการรักษาในลักษณะต่างๆ และต้องเผชิญกับปัญหาที่เป็นผลจากการที่ต้องเข้ารับการรักษ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา ไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทได้ ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง เป็นต้น เมื่อไม่สามารถปรับตัวได้ก็อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Miller, 1999) นอกจากนี้ อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีลักษณะที่ไม่ชัดเจน และไม่เฉพาะเจาะจงคล้ายคลึงกับอาการของการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งอาจเกิดการวินิจฉัยผิดพลาดได้หรือถูกมองข้าม ทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง (Lebowitz et al., 1997) และเมื่อผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะซึมเศร้าก็จะมีผลเสียต่อสุขภาพหลายประการตามมาได้ เช่น การดำเนินของโรคที่เป็นอยู่เลวลงหรือรุนแรงยิ่งขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง การกลับคืนสู่สภาพปกติเป็นไปได้ช้า ระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น และคุณภาพชีวิตลดลง (Colenda & Smith, 1993) นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่สำคัญของการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ (จารุวรรณ เหมะธร, สมใจ ทุนกุล, จรรยา เสี่ยงเสนาะ, และสุลธิ ทองวิเชียร, 2540; สมภพ เรืองตระกูล, 2547; Lueckenotte, 1996; Miller, 1999)

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้ามดังกล่าว และจากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เช่น เพศ (กมลสิน สาตรา, 2531; Koenig, Cohen, Blazer, Krishman, & Silbert, 1993; Valente, 1994) อายุ (กนกรัตน์ สุขตุงคะ และคณะ, 2542; Blazer, Burchett, Service, & George, 1991) รายได้

(Blazer et al., 1991) สถานภาพสมรส (Koenig, Meader, Cohen, & Blazer, 1988) การเจ็บป่วยทางกาย (สรวุฒิ สังข์ศรี, พิมพ์ภรณ์ สังข์ศรี, และสุวรรณิ เรืองเดช, 2540) ยาที่ได้รับ (Koenig et al., 1988) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ซัดเจน จันทรพัฒน์, 2543; Alexopoulos et al., 1996; Dunham & Sager, 1994; Oxman & Hull, 1997) ความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Koenig et al., 1988; Parmlee, Kate, & Lawton, 1991) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (Kennedy, Kelman, & Thomas, 1991) แรงสนับสนุนทางสังคม (Dean, Kolody, & Wood, 1990) และการประสบกับเหตุการณ์ที่รุนแรงของชีวิต (Murphy, 1982) เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการศึกษานี้ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มประเทศตะวันตกซึ่งมีวัฒนธรรม ลักษณะทางสังคมและรูปแบบของวิถีชีวิตที่แตกต่างจากสังคมไทย เช่น การให้คุณค่า การยกย่องและความเคารพนับถือ การมีสัมมาคารวะนอบน้อมต่อผู้สูงอายุ และรูปแบบที่อยู่อาศัย เป็นต้น (พรพิมล อรุณรุ่งโรจน์, 2543) รวมทั้งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนมากกว่าในโรงพยาบาล ได้แก่ ชุมชน และชมรมผู้สูงอายุ รวมถึงสถานสงเคราะห์คนชรา

จากข้อมูลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สำหรับในประเทศไทยพบว่า ยังไม่มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีลักษณะแตกต่างจากผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งผู้สูงอายุทางอายุรกรรมมีโรคเรื้อรังต่างๆเช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคไต เป็นต้น ที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลันและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการศึกษาของซัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ซึ่งศึกษาผู้สูงอายุหลายแผนกได้แก่ ศัลยกรรม นรีเวช และอายุรกรรม อย่างไรก็ตามเนื่องจากลักษณะของผู้สูงอายุในแผนกอายุรกรรม จะมีลักษณะที่แตกต่างจากแผนกอื่น เช่น ความแตกต่างเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา ความรุนแรงของการเจ็บป่วย อาการของโรคที่ไม่คงที่และอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และการได้รับยาหลายชนิด เป็นต้น จึงอาจทำให้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในแผนกอายุรกรรมไม่ชัดเจน ซึ่งการวัดความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ผ่านมามีแต่การรับรู้ความรุนแรง แต่ในผู้ป่วยอายุรกรรมมีความเจ็บป่วยเฉียบพลันจึงน่าจะวัดความรุนแรงทางด้านสรีระด้วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรมได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส) ความสามารถในการทำกิจกรรม ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาสนับสนุนว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มต่างๆ ดังนั้นตัวแปรเหล่านี้ควรที่จะเป็นประเด็นสำคัญในการศึกษา เพื่อให้เกิดความกระจ่างและเกิดประโยชน์แก่เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพให้มีความเข้าใจกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมมากขึ้น และปัจจัยดังกล่าวในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมเป็นอย่างไร รวมถึงเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหรือไม่อย่างไร เพื่อให้

เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพสามารถประเมินปัจจัยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล เพื่อหาวิธีจัดการกับปัจจัยดังกล่าว และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทางอายุรกรรม สามารถให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ สถานภาพสมรส) ความสามารถในการทำกิจกรรม ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ากับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ามีหลายทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้แก่ ทฤษฎีทางชีวภาพ ทฤษฎีทางจิตวิทยา ทฤษฎีทางจิตสังคม ซึ่งยังไม่มีทฤษฎีใดสามารถอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้สมบูรณ์ ฉะนั้นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้มาจากการผสมผสานของทฤษฎีทางจิตสังคมและทฤษฎีทางชีวภาพที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทฤษฎีนี้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลต่อการสูญเสียต่างๆ (Miller, 1995) เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียภาพลักษณ์ การสูญเสียสถานะทางสังคม การสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น ซึ่งการสูญเสียดังกล่าวอาจจะส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมตนเองลดลง ซึ่งจะนำไปสู่การสูญเสียการรับรู้ การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา และความมีเหตุผล ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เศร้า และแยกตัวออกไปในที่สุด (ปราณี วัฒนโชติ และนพดล สมบูรณ์, 2538: 159-162) ในความเป็นจริงแล้วปัญหาเหล่านี้บุคคลต้องใช้กลไกการปรับตัวทางจิตในการจัดการกับปัญหา (ชอลดา พันธุเสนา, 2540) หากผู้สูงอายุสามารถที่จะใช้กลไกการปรับตัวทางจิตได้อย่างเหมาะสม ผู้สูงอายุก็สามารถที่จะรักษาภาวะสมดุลทางอารมณ์ได้ในทางตรงกันข้าม หากผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะใช้กลไกการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมแล้วความรู้สึกเหล่านี้ก็จะนำไปสู่แนวคิดในด้านลบเกี่ยวกับตนเองและรู้สีกว่าตนเองไร้ค่า (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541: 122) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายๆอย่างในชีวิต ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ สรีรวิทยาและจิตสังคม ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ โดยการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญและปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนี้นี้

ปัจจัยส่วนบุคคล จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่น อายุ พบว่า อายุที่มากขึ้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพและสรีรวิทยารวมถึงด้านจิตสังคม ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (เกริกชัย พิชัย, 2546; มาโนช ทับมณี, 2541; Hughes, 1997) เพศ พบว่าเพศหญิงเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (กนกรัตน์ สุขคงคะ และคณะ, 2542; เกริกชัย พิชัย, 2546; Blazer et al., 1991) สถานภาพสมรส สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (เพ็ญศรี หลินสานนท์, 2543; มาโนช ทับมณี, 2541) ทั้งนี้เพราะสถานภาพสมรสบ่งชี้ถึงสถานะระบบของครอบครัว เป็นตัวกำหนดบทบาททางสังคมโดยเฉพาะคู่สมรสเป็นการบ่งชี้แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้บุคคลดูแลตนเองดีขึ้น หากผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสหม้าย/ หย่า/ แยกทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียและไร้ที่พึ่ง ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม รู้สึกไร้ค่า และสิ้นหวัง ซึ่งหากไม่ได้รับการจัดการแก้ไขจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

ความสามารถในการทำกิจกรรม พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (จุฑารัตน์ สติปัญญา และ พรชัย สติปัญญา, 2548; ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านภาวะสุขภาพ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายুর่วมกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆลดลง เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพามนุษย์คนอื่นมากขึ้น สูญเสียความสามารถในตนเอง นำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด (โสภณ แสงอ่อน, พรเพ็ญ ลำภา, และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2550; Alexopoulos et al., 1996; Miller, 1999)

ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สามารถที่จะอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยทฤษฎีทางจิตสังคมว่า เป็นการประสบกับเหตุการณ์ที่รุนแรงของชีวิต ซึ่งรวมถึงการเจ็บป่วยที่รุนแรงของตนเองหรือบุคคลใกล้ชิด ทั้งนี้เพราะการประสบกับความเจ็บป่วยที่รุนแรงทำให้สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ขาดอิสรภาพ และขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ต้องเผชิญกับความเป็นความตาย ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อย อันเป็นผลที่มาจากการศึกษาในลักษณะต่างๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นได้เกิดความรู้สึกไร้ค่า และสูญเสียความเคารพในตนเอง (Hughes, 1997; Murphy, 1982; Miller, 1999) ในการศึกษาครั้งนี้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยแบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความรุนแรงของความ

เจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เป็นการแสดงออกในด้านความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีต่อการเจ็บป่วยหรือโรคที่เป็นอยู่ และมีการวิจัยพบที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) ส่วนความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ เป็นความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุ ที่ถูกประเมินจากการใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วย ซึ่งพบว่ายังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรนี้กับภาวะซึมเศร้า

สัมพันธภาพในครอบครัว สามารถที่จะอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยทฤษฎีทางจิตสังคม ว่าเป็นการสูญเสียสถานภาพหรือบทบาททางสังคม และสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ในสภาพสังคมปัจจุบันค่านิยมของวัยรุ่นสมัยใหม่ที่มีต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป รวมทั้งลักษณะครอบครัวในปัจจุบันเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรัก ความเคารพ เอาใจใส่และความช่วยเหลือน้อยลง ขาดการสนับสนุนทางสังคม เกิดความเครียดเรื้อรัง ขาดปฏิสัมพันธ์ที่มีความหมายกับบุคคลอื่น ขาดเพื่อน และสูญเสียบทบาทและความสัมพันธ์ทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล ขาดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Hughes, 1997; Miller, 1999; พรพจน์ กิ่งแก้ว, 2538) จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และ พรชัย สติธิปัญญา, 2548; ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543; เพ็ญศรี หลินศานนท์, 2543; พรเพ็ญ ลำภา, 2548)

นอกจากนี้ จำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ยาหลายชนิดมีผลข้างเคียงให้เกิดภาวะซึมเศร้า และผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดได้มากกว่าวัยรุ่นหนุ่มสาว เนื่องจากมีการสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญในร่างกาย จากการเปลี่ยนแปลงตามการมีอายุที่มากขึ้น เช่น ดับไต เป็นต้น ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังมีโอกาสได้รับยามากกว่า 2 ชนิดในเวลาเดียวกัน และมีโอกาสเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาที่ได้รับ รวมถึงการใช้ยาในผู้สูงอายุเป็นเรื่องยาก อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆของผู้สูงอายุเองและทีมสุขภาพ (Miller, 2003) ยาที่อาจมีผลข้างเคียงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ Antihypertensive drugs เช่น Reserpine, Methyldopa เป็นต้น Analgesics drugs เช่น Narcotic, Morphine เป็นต้น และอื่นๆ (Kurlowicz, 1997; Miller, 1999)

ด้วยเหตุนี้ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ สถานภาพสมรส) ความสามารถในการทำกิจกรรม ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การค้นพบจากการศึกษาในครั้งนี้จะสามารถช่วยให้

เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ เกิดความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรมมากขึ้น เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันหรือจัดการกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แสดงดังรูปภาพ 1



รูปภาพ 1: กรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม

สมมติฐานในการวิจัย

1. เพศ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า
2. ความสามารถในการทำกิจกรรม และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ
3. อายุ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบตัดขวาง (Descriptive cross-sectional correlational study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ สถานภาพสมรส) ความสามารถในการทำกิจกรรม ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ากับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรมอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมสามัญและพิเศษ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ทำการศึกษาในระหว่างเดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2551

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการวิจัยในครั้งนี้ทำให้เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญ และมีความรู้ความเข้าใจถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล และทราบถึงกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อที่จะสามารถประเมินภาวะซึมเศร้าและติดตามวางแผนให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อหาแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง รวมทั้งยังเป็นการลดผลกระทบที่อาจเกิดจากภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ ยังเป็นข้อมูลพื้นฐานบางส่วนในการสร้างแนวทางการทำวิจัย (intervention research) ในอนาคต โดยเลือกจัดการกับตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในแผนกต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพที่มีอยู่

นิยามตัวแปร

อายุ หมายถึง อายุของผู้ป่วยสูงอายุ นับเป็นจำนวนปีเต็มในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล

ความสามารถในการทำกิจกรรม หมายถึง ระดับของความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันตามความจำเป็นและความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ สุขาวิทย์ส่วนบุคคล การแต่งตัว เป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ภิรมย์ กมลรัตนกุล, สิทธิชัย จันทระเสริฐ, และศรีจิตรา บุญนาค, 2537) ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธล ที่พัฒนามาจากดัชนีบาร์เธลของมาโฮนี และบาร์เธล (Mahony & Barthel, 1965) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2537) (Modified Barthel Activities of Daily Living Index: MBI) ในครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของกิจกรรมการขึ้น-ลงบันไดออก ดังนั้นข้อคำถามในการศึกษาครั้งนี้มี 9 ข้อ ระดับคะแนนตั้งแต่ 0-18 คะแนน ซึ่งแบบวัดนี้ประเมินโดยผู้วิจัย คะแนนรวมมาก หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี

การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย (perceived severity of illness) หมายถึง การแสดงออกในด้านความคิดเห็น และความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ความไม่สุขสบายจากอาการเจ็บป่วย และผลกระทบจากความเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นอยู่ในขณะนั้นว่าอยู่ในระดับใด ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของสมพร รัตนพันธ์ (2541) แบบวัดมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรงจาก 0-100 คะแนน โดยแบ่งเป็น 10 ระดับเท่าๆกัน คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับมาก

ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ (physiologic severity of illness) หมายถึง ความผิดปกติของผู้ป่วยสูงอายุที่มีความผิดปกติทางด้านสรีระแบบเฉียบพลันร่วมกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วยโดยใช้แบบประเมิน Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II) ดั้งเดิมแบบประเมินนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบใหญ่ๆได้แก่ 1) อายุ 2) คะแนนของปัจจัยด้านสรีระ ภายใน 24 ชั่วโมง (Acute Physiology score) มีทั้งหมด 12 ตัวแปรประกอบด้วย อุณหภูมิร่างกาย ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ความเป็นกรด-ด่างของเลือด ระดับโซเดียมในเลือด ระดับโพแทสเซียมในเลือด ระดับครีเอตินินในเลือด ความเข้มข้นของเลือด เม็ดเลือดขาว และ Glasgow Coma Score (GCS) 3) ภาวะสุขภาพเรื้อรัง ก่อนจะได้รับการประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Chronic Health Evaluation) ซึ่ง

เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย Knous และคณะ (Knous, Draper, Wagner, & Zimmerman, 1985) คะแนนเต็ม 71 คะแนน แต่เนื่องจากงานวิจัยนี้ตัวแปรอายุคิดแยกออกจาก APACHE II คะแนนรวมจึงเป็น 0-65 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยมาก

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการกระทำของบุคคลในครอบครัว ที่มีการปฏิบัติต่อกันในระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลในด้านต่างๆ เช่น การแสดงออกถึงความรักและความห่วงใย การมีปฏิสัมพันธ์ การเคารพและการให้ความสำคัญ เป็นต้น ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของพวงผกา ชื่นแสงเนตร (2538) ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของไฟรด์แมน (Friedman, 1986) และมอร์โรว์และวิลสัน (Morrow & Wilson, 1961) มีคะแนนตั้งแต่ 15-45 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวดี

จำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า หมายถึง จำนวนชนิดของยาที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับในขณะที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และมีวรรณกรรมรายงานว่าอาจมีผลข้างเคียงหรือเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ประเมินได้จากแบบประเมินตามรายการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (Checklist) ซึ่งสรุปมาจากการทบทวนวรรณกรรมของเคอโลวิตซ์ (Kurlowicz, 1997), มิลเลอร์ (Miller, 1999), และแพทเทนและเลฟ (Patten & Love, 1997 as cited in Sable et al., 2002)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาการตอบสนองของบุคคลทางด้านอารมณ์และจิตใจที่มีต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ความเครียด ที่แสดงออกมาในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง หมดหวัง รู้สึกไร้ค่า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น ประเมินโดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ของนิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2537) ซึ่งพัฒนาและดัดแปลงมาจากแบบวัดความเศร้าของเยสซาเวจ และคณะ (Yesavage et al., 1983) ระดับคะแนนตั้งแต่ 0-30 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ (Age-related changes)
 - 1.1 การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมในผู้สูงอายุ
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 2.3 การวินิจฉัยและการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 2.4 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

1. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ (Age-related changes)

เมื่อก้าวถึงผู้สูงอายุ พบว่ามีเกณฑ์การพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุแตกต่างกันไป บ้างก็พิจารณาจากจำนวนปีของอายุ บ้างก็พิจารณาจากความสามารถทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน และขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ภาวะโภชนาการ และความเจ็บป่วย เป็นต้น การแบ่งผู้สูงอายุที่ได้รับความนิยม คือ การแบ่งตามอายุวัย ได้แก่ 1) รุ่นเยาว์ (young-old) มีอายุระหว่าง 60-74 ปี 2) รุ่นกลาง (middle-old) มีอายุระหว่าง 75-84 ปี และรุ่นใหญ่ (old-old) มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป หรือการแบ่งตามภาวะสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มที่สุขภาพดี กลุ่มที่มีโรคเรื้อรังและ/ มีภาวะทุพพลภาพ และกลุ่มที่ห่ออม/ งอม/ บอบบาง (frail elderly) (สุพัตรา ศรีวิจิตรการ, 2552)

ในที่นี้จะอธิบายเฉพาะการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ นั่นคือการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สรีรวิทยา จิตสังคมและจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายเสื่อมถอยลง ความต้านทานต่อโรคต่างๆ

ลดลง ทำให้มีโรคต่างๆเกิดขึ้นมากมายโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง ข้ออักเสบ โรคความดันโลหิตสูง ข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคเบาหวาน โรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดในสมองตีบ (บรรลุศิริพานิช, 2544; Eliopoulos, 1993; Miller, 1999) จากความเจ็บป่วยดังกล่าวทำให้สมรรถภาพทางร่างกายลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ต้องออกจากงาน ในขณะเดียวกันโรคบางอย่างก็ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม เช่น โรคสมองเสื่อม อาการของโรคจะรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ต้องได้รับการดูแลที่บ้านและมีภาวะพึ่งพามากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น เกิดความทุกข์ ไม่สบายใจ ความเครียด ความวิตกกังวล หากไม่ได้รับการแก้ไขหรือจัดการก็อาจจะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา และอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ

ในผู้สูงอายุร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน เซลล์ต่างๆภายในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลงและมีจำนวนลดลง ขนาดของเซลล์ที่เหลือจะใหญ่ขึ้นเพราะมีไขมันมาสะสมมากขึ้น แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้นทำให้น้ำหนักกระดูกลดลงและผุ่ยง่ายขึ้น ปริมาณน้ำภายในเซลล์ลดลงแต่ปริมาณน้ำภายนอกเซลล์ยังคงเดิม ผู้สูงอายุจึงเกิดภาวะขาดน้ำได้ง่าย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆเหล่านี้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละระบบในร่างกาย ได้แก่ ระบบผิวหนัง ระบบประสาทและประสาทสัมผัส ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ และระบบต่อมไร้ท่อ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาต่างๆเหล่านี้ สามารถที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ การเสื่อมสมรรถภาพ ความต้านทานต่อโรคต่างๆลดลง และเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมากขึ้น (บรรลุศิริพานิช, 2544; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545; Eliopoulos, 1993) ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ได้แก่ ข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด การสูญเสียการได้ยิน ต้อหิน ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และเบาหวาน

วัยสูงอายุต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในหลายระบบ ซึ่งผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการปรับตัวให้ยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในกรณีที่ผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้จะเกิดผลกระทบทางด้านจิตสังคม ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมานั่นคือ ความรู้สึกเหงา ว้าเหว่ โดดเดี่ยวและภาวะซึมเศร้า ซึ่งสาเหตุที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดคือ ขาดความสามารถทางด้านร่างกาย (physical disability) ส่วนใหญ่เกิดจากการมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและต้อง

พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียหลายด้าน โดยเฉพาะการสูญเสียอัตมโนทัศน์แห่งตน และอาจก่อให้เกิดปัญหาทางจิตสังคมได้

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมที่เกิดขึ้น มักจะมีสาเหตุมาจากตัวผู้สูงอายุเอง และบุคคลข้างเคียง มักเป็นเรื่องเกี่ยวกับการเกษียณหรือการออกจากงาน ซึ่งทำให้บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบลดลง ขณะเดียวกันก็ส่งผลให้มีรายได้ลดน้อยลงด้วย หากไม่มีบทบาทหน้าที่หรือกิจกรรมอื่นมาทดแทน อาจเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์มากขึ้น ทำให้ตัวเองรู้สึกไร้ค่า มองโลกในแง่ร้าย ซึมเศร้าและสิ้นหวัง ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพจิตและเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคจิตในวัยสูงอายุได้ (Hunter, 1992; Miller, 1999) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.2.1 การเกษียณอายุหรือการออกจากงาน (retirement) เพราะการทำงานทำให้บุคคลมีความมั่นคง และมีศักดิ์ศรีในตนเองสามารถพึ่งพาตนเองได้ หากมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจะทำให้บุคคลปรับตัวไม่ทันเกิดความรู้สึกสูญเสียในด้านต่างๆ ได้แก่ สูญเสียสถานภาพ และบทบาททางสังคม สูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง สูญเสียสถานะทางการเงินที่ดี และแบบแผน การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง ซึ่งการสูญเสียเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นคงในชีวิต รู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญในสังคม การสมาคมกับเพื่อนฝูงลดลง รายได้ลดลง ขาดความคุ้นเคยกับรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดปัญหาและความทุกข์ใจ หากไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545; บรรลุ ศิริพานิช, 2544)

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงของสังคมครอบครัว ในยุคปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายกลายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น มีการแยกออกไปของบุตรหลานเพื่อไปตั้งครอบครัวใหม่ การออกไปหางานทำหรือการศึกษาในต่างถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง ถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่ง รวมถึงการสูญเสียบุคคลที่มีความสำคัญ เช่น คู่ครอง บุตร/หลาน เพื่อนสนิทหรือผู้ที่ใกล้ชิด โดยเฉพาะการเสียชีวิตของคู่ครองโดยเมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งตายจากไป ก็มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจผู้สูงอายุเช่นกัน ทำให้ผู้ที่มิชีวิตอยู่รู้สึกไร้ที่พึ่ง ซึมเศร้าและว้าวุ่นมากขึ้น และอาจเสียชีวิตไปในเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งปฏิกิริยาต่อการสูญเสียคู่ครองที่เกิดขึ้นมักเป็นภาวะซึมเศร้า เช่น จากการศึกษาของบริคกริจ กาลลาจเจอร์ ทอมสัน และปีเตอร์สัน (Breckridge, Gallagher, Thompson, & Peterson, 1986) พบว่า ภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ชีวิตจะเกิดขึ้นในช่วงประมาณ 2 เดือนหลังการสูญเสียสามีหรือภรรยา และจากการศึกษาของ พริเกอร์สัน และคณะ (Prigerson et al., 1995) พบว่า การสูญเสียคู่ครองในผู้สูงอายุจะทำให้เกิดอาการเศร้าโศกเสียใจ และมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้ารวมทั้งส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงด้วย (functional impairment)

1.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากสังคมเกษตรกรรมเปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรม ความเจริญก้าวหน้ามีมากขึ้น บุตรหลานเริ่มมีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุมีคุณค่าลดลง การเคารพนับถือและการกตัญญูรู้คุณมีน้อยลง มโนทัศน์ของคนส่วนใหญ่ในสังคมเปลี่ยนแปลงยึดถือด้านวัตถุนิยม นั่นคือ เศรษฐกิจเป็นสำคัญ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงถูกมองว่าขาดคุณค่า ขาดความสามารถ และมีรายได้ที่ลดลงจากการที่ทำงานได้น้อย ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวออกจากสังคม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพมีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ใจน้อย มีความรู้สึกไม่มั่นคง มีความวิตกกังวลสูง พึงพาคนอื่นมากขึ้น ผู้สูงอายุที่ปรับตัวไม่ได้จะก่อให้เกิดปัญหาทางจิตตามมาและอาจทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นได้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545)

1.2.4 การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม ปัจจุบันวัฒนธรรมไทยเปลี่ยนแปลงไปเป็นวัฒนธรรมตะวันตกมากขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุยังมีความคิดเห็นที่คงที่ ยึดมั่นกับคตินิยมของตนเอง ยึดมั่นกับวัฒนธรรมเดิมๆ ทำให้ต่อต้านความคิดใหม่ๆ ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยมากขึ้น ผู้สูงอายุกลายเป็นคนล้าสมัย จู้จี้ขี้บ่น ทำให้บุตรหลานไม่อยากเลี้ยงดูกลายเป็นส่วนเกินของครอบครัว ผู้สูงอายุจึงแยกตัวและเกิดความรู้สึกท้อแท้มากขึ้น ทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคมที่เกิดขึ้นจากกระบวนการสูงอายุ จะไปมีผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงอัตรามโนทัศน์ (สิริสุดา ชาวคำเขต, 2545) เนื่องจากการรับรู้เรื่องความมีอายุที่มากขึ้น และขาดการยอมรับจากสังคม (Matteson & McConnell, 1988) ทั้งนี้ด้วยเหตุที่อัตรามโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปรับตัว (Stuart & Sundeen, 1983) เมื่อบุคคลมีอัตรามโนทัศน์ลดลง จึงทำให้ไม่สามารถปรับตัวและยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามความมีอายุหรือภาวะสูงอายุได้ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ 3 ประการ คือ มักมีการคิดถึงแต่ตัวเองมากขึ้น เปลี่ยนจากคนที่เชื่อว่าบุคคลต้องแคล้วว่องไวมาเป็นคนเลื่อยชา ไม่กระฉับกระเฉง และมีความรอบคอบต่อเรื่องต่างๆ มากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการตัดสินใจต่างๆ เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการเรียนรู้ที่ได้มาจากการประสบการณ์ในอดีต (Matteson & McConnell, 1988) ซึ่งปัญหาในการปรับตัวนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ล้วนแต่มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงสถานภาพ จากคนที่มียุทธศาสตร์ได้รับการยกย่องนับถือจากบุคคลอื่นกลายมาเป็นคนที่ขาดคนยอมรับนับถือ ประสบกับ

การสูญเสียบุคคลสำคัญ เช่น การสูญเสียคู่สมรส เพื่อน ญาติสนิท เป็นต้น การสูญเสียความสามารถหรือบทบาทที่เคยมี อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย หรือการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่มีลักษณะเรื้อรังหรือรุนแรงมาก (Peden, 1993) ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับเหตุการณ์ดังกล่าวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากสามารถปรับตัวยอมรับหรือเกิดการตอบสนองได้อย่างเหมาะสมจะทำให้มีสุขภาพจิตดี แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะทำให้มีปัญหาด้านจิตใจตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ คือ พบประมาณร้อยละ 15-20 ของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน และอาจพบสูงถึงร้อยละ 30-50 ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในสถานการดูแล (Lueckenotte, 1996: 274) ซึ่งรายงานการศึกษาถึงอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีแตกต่างกัน ตั้งแต่ร้อยละ 1 จนถึงร้อยละ 29 เนื่องจากการกำหนดข้อบ่งชี้และมีระบบการจำแนกที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามแม้ว่าข้อบ่งชี้หรือระบบการจำแนกจะไม่ใช่ไปตามหลักการวินิจฉัยของสมาคมจิตเวชแห่งอเมริกาก็พบว่าร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้าทั้งหมดเป็นภาวะซึมเศร้าแบบปฏิกิริยา (reaction depression) ที่มีลักษณะเป็นการตอบสนองเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ภายนอกบางอย่าง (Miller, Miller, & Miller, 1986) ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางกาย การสูญเสียและเหตุการณ์สำคัญที่สร้างความเครียดร้อยละ 10-20 ของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นผู้ป่วยจิตเวชจะเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Gomez & Gomez, 1993) ซึ่งสเติเนอร์ และมาร์โคพูโลส (Steiner & Marcopulos, 1991) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากกระบวนการสูงอายุ แต่มีสาเหตุมาจากปัจจัยทางจิตสังคมเป็นสำคัญ

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า มีอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 80 (นันทิกา ทวิชาชาติ, อรพรรณ เมหสุกะ, และธงชัย ทวิชาชาติ, 2533) และจากการศึกษาของพรเพ็ญ ลำภา (2548) พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 64.5 เช่นเดียวกันกับการศึกษาของชดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ที่พบว่าผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 61.7 ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากว่าการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุต้องแยกจากบุคคลในครอบครัว ต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่คุ้นเคยหรือสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ต้องพบกับการรักษาในลักษณะต่างๆ และต้องเผชิญกับปัญหาที่เป็นผลจากการที่ต้องเข้ารับการรักษา เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา ไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทได้ และความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง เป็นต้น (Miller, 1999) เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีลักษณะอาการและอาการแสดงที่ไม่จำเพาะเจาะจง ซึ่งมีลักษณะเหมือนการเจ็บป่วยทาง

กาย และมักจะไม่มี การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนั้นการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงทำได้ยาก และยังไม่ได้รับความสนใจจากบุคลากรทางการแพทย์เท่าที่ควร (สุตสบาย จุลกทัพพะ, 2552; Fontaine & Fletcher, 1995; Kurlowicz, 1997)

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า ได้มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย แต่ทั้งนี้แล้วก็มีความคล้ายคลึงกัน ดังนั้นจึงขอเสนอความหมายของภาวะซึมเศร้าเพื่อให้เกิดความเข้าใจดังนี้

พัฒนา บุญทอง (2531) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลในภาวะวิกฤตอีกลักษณะหนึ่ง ซึ่งเป็นการแสดงออกของการเสียสมดุลทางอารมณ์ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นพร้อมกับความรู้สึกอื่นๆ เช่น ใจคอห่อเหี่ยว (dejection) เศร้า (sadness) หมดอาลัย (despair) รู้สึกตนเองไร้ค่า (self-depreciation) และสิ้นหวังหมดกำลังใจ (debilitation) เป็นต้น และนอกจากนี้สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) ได้ให้ความหมายไว้คล้ายๆกันว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ดำเนินตัวเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงอยู่เป็นระยะเวลานาน และเกี่ยวข้องกับการสูญเสียที่สำคัญในชีวิต

นอกจากความหมายที่กล่าวไว้โดยคนไทยแล้ว ในต่างประเทศยังมีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ดังเช่น บีเบอร์ (Beeber, 1998) ที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะของความรู้สึกอย่างหนึ่ง จัดว่าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่แสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการต่อไปนี้ โศกเศร้า เสียใจ รู้สึกไร้ค่า โดดเดี่ยว ท้อแท้ และหมดหวัง ซึ่งได้ให้ความหมายไว้เช่นเดียวกันกับประเทศไทย และนอกจากนี้ เคอโลวicz (Kurlowicz, 1997) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มของความผิดปกติ ด้านอารมณ์ การรู้คิด ความเข้าใจ และทางด้านร่างกาย เช่นเดียวกับ ฟอนเทน และเฟลทเชอร์ (Fontaine & Fletcher, 1995: 240) ที่ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่แสดงออกทั้งทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด การทำหน้าที่ของร่างกาย และพฤติกรรมที่แสดงออก รวมถึงปัจจัยแวดล้อม และพีเวน (Buckwalter & Piven, 1999: 388) ได้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการซึ่งมีอาการแสดงจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อารมณ์และสติปัญญา รวมทั้งความผิดปกติด้านอารมณ์จากสาเหตุต่างๆ

จากความหมายที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าการให้ความหมายที่เหมือนกัน และคล้ายคลึงกันทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ดังนั้นจึงขอสรุปไว้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจที่มีต่อภาวะวิกฤติ หรือสถานการณ์ที่มีความเครียด

และแสดงออกในรูปแบบของความเปี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความเปี่ยงเบนด้านการคิดและการรับรู้ ความเปี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตมโนทัศน์ในทางลบต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งเป็นความผิดปกติทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบมากในผู้สูงอายุ

2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยอิสระ หรือเป็นปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทางชีวภาพและจิตสังคม ยังไม่มีทฤษฎีใดที่จะอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้สมบูรณ์ การได้เข้าใจสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าจะมีความสำคัญต่อรูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งอธิบายไว้ดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biological theories) ได้มีการกล่าวถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าว่า มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทมานานกว่า 30 ปี แต่ยังสรุปความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลไม่ได้ สารสื่อประสาทที่ลดลงในภาวะซึมเศร้า ได้แก่ serotonin, dopamine, acetylcholine, norepinephrine (Barfield, 1991; Hagerty, 1995; Miller, 1999) นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) เช่น ต่อมธัยรอยด์ผิดปกติ ระดับคอร์ติซอล (cortisol) เพิ่มขึ้นในเลือด การหลั่งของ growth hormone ผิดปกติ ดังเช่น จากการศึกษาของเพททีและเซนสกี (Petty & Sensky, 1987 as cited in Scrutton, 1989) พบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงของฮอร์โมนคอร์ติซอลกับภาวะซึมเศร้า โดยสรุปแล้วจากการที่มีการเปลี่ยนแปลงของสารดังกล่าวจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น ปัจจัยทางด้านพันธุกรรมก็พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเช่นเดียวกัน ผลการศึกษาในครอบครัวและคู่แฝดของผู้ป่วยผิดปกติทางอารมณ์ พบว่าเกิดความผิดปกติทางอารมณ์มากเป็น 4 เท่าเมื่อเทียบกับบุคคลทั่วไป (Buckwalter and Piven, 1999: 393) ส่วนปัจจัยทางชีวภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้องได้แก่ เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ความผิดปกติของการเปลี่ยนแปลงชีวภาพในรอบวัน เช่น การนอนหลับ เป็นต้น รวมทั้งการที่มีความเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาทในสมองซึ่งคล้ายกับการเปลี่ยนแปลงตามความสูงอายุ

2.2.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theories) ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย คือ Cognitive triad theory ของเบค และคณะ (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) สามารถอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่เกิดในบุคคลทั่วไปและผู้สูงอายุว่า คนทั่วไปจะรู้สึกชื่นชมตัวเองในเรื่องที่เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตัวเอง ประสบการณ์ของตัวเอง รวมทั้งสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ผู้ป่วยซึมเศร้าจะขาดสิ่งที่ทำให้มีความสุข รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า มีประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาในด้านลบนำไปสู่ความคิดในอนาคตที่เป็นด้านลบด้วย มีความคิดยึดมั่น แปรความเหตุการณ์ปกติว่าเลวร้าย และรู้สึกหมดหวังโดยไม่ตรงกับความเป็นจริง ความคิดด้านการมี

เหตุผลผิดพลาด ผลสรุปของความคิดไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory of depression) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ความซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง (narcissistic personality) เมื่อบุคคลประสบการสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียจริงๆ หรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง (Kaplan & Sandock, 1989) มีผลทำให้อีโก้ (ego) ลดต่ำลงหรือถูกทำลายไป ซึ่งอีโก้เป็นตัวกลางในการแสดงออกของบุคลิกภาพ เป็นที่ตั้งของสติและเป็นสื่อกลางระหว่างสัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ (perception) ความจำ (memory) การตัดสินใจ (judgement) ความมีเหตุผล (reasoning) การแก้ปัญหา (problem solving) และการตัดสินใจในการกระทำ (decision making) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความมีเหตุผล (logical) และความถูกต้องเหมาะสม (correct) เมื่ออีโก้ลดต่ำลงหรือถูกทำลายไป จึงทำให้ไม่สามารถที่จะคิดปลดปล่อยตนเองออกจากภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกสูญเสีย เกิดการยับยั้งไม่ให้มีการต่อสู้เพื่อปกป้องตนเอง รู้สึกผิดและบันดาลโทษ ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถคิดจัดการกับการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญได้ ทำให้มีแนวคิดด้านลบต่อตนเอง รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง (ปราณี วัฒนโชติ และนพดล สมบูรณ์, 2538)

2.2.3 ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial theories) ทฤษฎีทางจิตสังคมกล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นการตอบสนองต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียสถานภาพหรือบทบาท หรือเป็นผลจากความล้มเหลวในการชดเชยต่อสิ่งที่สูญเสีย (Miller, 1995) การที่ภาวะซึมเศร้าเกิดในผู้สูงอายุมากเนื่องจากผู้สูงอายุมีเวลาและโอกาสน้อย ที่จะหาสิ่งที่รักมาทดแทน ซีลิกแมน (Seligman, 1981: 123-141) ได้เสนอทฤษฎี Learned helplessness theory อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากความบกพร่องด้านสติปัญญา ขาดแรงจูงใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า และบกพร่องด้านอารมณ์ ภาวะซึมเศร้าจะเกิดเมื่อมีความคาดหวังว่าสิ่งเลวร้ายจะเกิดขึ้น เป็นการรับรู้ที่มาจากภายใน เรียนรู้ว่าจะไม่สามารถที่จะควบคุมหรือป้องกันได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทฤษฎีนี้จึงสามารถที่จะอธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และประสบกับการสูญเสีย หรือต้องพึ่งพาผู้อื่นได้ ผลการวิจัยดัชนีบ่งชี้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุพบว่า การที่ผู้สูงอายุมีทางเลือก การมองโลกในแง่ดี การมีความหมายในตัวบุคคล ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง เป็นปัจจัยที่ต่อต้านภาวะซึมเศร้า (Seligman, 1981)

ส่วนทฤษฎีทางสังคมมีแนวคิดคล้ายคลึงกับทฤษฎีทางจิตวิทยา ทฤษฎีทางสังคมกล่าวว่า สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าจะเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เช่นเดียวกับที่บาร์ท (Bart, 1977 as cited in Blazer, 1994: 11) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากโครงสร้างทางสังคมที่ทำให้บุคคลขาดบทบาท และไม่สามารถที่จะตัดสินใจในชีวิตได้

จะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการที่ร่างกายและจิตใจของบุคคลนั้นขาดความสมดุล ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆของผู้สูงอายุ สำหรับการพยายามอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้า แม้ว่าแต่ละทฤษฎีพยายามอธิบายด้วยลักษณะที่แตกต่างกันออกไป แต่เมื่อมองในภาพรวมแล้ว สามารถจัดกลุ่มสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ 3 ประการคือ สาเหตุทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทั้งนี้เพราะเกิดจากการผสมผสานกันของแต่ละด้าน และไม่สามารถแยกแต่ละส่วนออกจากกันได้ เนื่องจากบุคคลมีลักษณะเป็นองค์รวม

2.3 การวินิจฉัยและการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2.3.1 การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีความแตกต่างจากภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยอื่นๆ บ้าง (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547: 33) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีการแสดงออกทางด้านร่างกายมากกว่าที่จะแสดงอาการทางด้านอารมณ์ได้แก่ การนอนหลับเปลี่ยนไป ความอยากอาหารลดลง ท้องผูก และอาจบ่งเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางกายต่างๆเช่น ใจสั่น กลืนลำบาก ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เป็นต้น (Harkness & Dincher, 1999; Koenig et al., 1997) ซึ่งการวัด และคณะ (Garrard, Rolnick, & Nitz, 1998:96) กล่าวว่า การที่ปัญหานี้ได้รับการวินิจฉัยผิดหรือเหมือนถูกกละเลย เนื่องมาจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีลักษณะที่ไม่เฉพาะเจาะจง (atypical depression) และถูกบดบังด้วยความผิดปกติทางด้านร่างกายอื่นๆ ร่วมกับผู้สูงอายุอาจจะมีการแยกตัวออกจากสังคม การปฏิเสธหรือการเพิกเฉยต่อสิ่งต่างๆ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์อาจจะเข้าใจผิดคิดว่าเป็นอาการปกติในผู้สูงอายุ (Miller, 1999: 33) ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลหรือถูกกละเลย

จากการที่ภาวะซึมเศร้านำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหลายๆด้าน เพื่อให้ง่ายต่อการวินิจฉัยว่ามีการเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น สมาคมจิตแพทย์อเมริกันจึงได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าขึ้นที่ใช้กันปัจจุบัน คือ การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (The Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders/ DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000) ให้การวินิจฉัยการเกิดภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึง ผู้ป่วยที่แสดงอารมณ์เศร้า ความสุขในชีวิตลดลง ร่วมกับมีอาการต่อไปนี้ 4 อย่างหรือมากกว่า โดยมีอาการทุกวัน นาน 2 สัปดาห์หรือมากกว่า

1. น้ำหนักลดลงชัดเจน ลดร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวใน 1 เดือน หรือเบื่ออาหารหรืออยากอาหารมากขึ้น
2. นอนไม่หลับ เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
3. การเคลื่อนไหวมากผิดปกติได้แก่ กระสับกระส่ายหรือเคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดหมาย เช่น แก้วแขน นั่งนิ่งไม่ได้ หรือเคลื่อนไหวเชื่องช้า พูดได้ตอบช้า

4. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
5. รู้สึกผิดหรือไม่มีคุณค่าโดยไม่มีเหตุผล
6. ความสามารถในการคิด การมีสมาธิ หรือการตัดสินใจลดลง
7. มีความคิดวนเวียนเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

2.3.2 ระดับของภาวะซึมเศร้า

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (2536) ได้จำแนกภาวะซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นในบุคคลออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับอ่อน / เล็กน้อย (mild depression) อาการซึมเศร้าอย่างอ่อน คือ ภาวะของอารมณ์ ที่ไม่สดชื่น จิตใจหม่นหมอง ซึ่งอาจเกิดขึ้นครั้งคราวเมื่อมีเหตุการณ์ เช่น การสูญเสียบุคคลหรือสิ่งของมีค่า หรือมีความหมายต่อตนหรือบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ เช่น อารมณ์เศร้าในขณะเหนื่อยมากๆ ขาดคนเห็นใจ แต่อาการก็หายได้ เมื่อพ้นระยะนี้แล้วสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้

2. ระดับปานกลาง (moderate depression) คือ ภาวะของอารมณ์ที่รุนแรงกว่าระดับอ่อน ประสิทธิภาพการทำงานลดลงกว่าเดิม ผู้ที่อยู่ในระยะเศร้านี้จะรู้สึกอึดอัดใจ การพูดจาเป็นไปอย่างลำบากและเชื่องช้า ซึ่งกระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติการกิจประจำวัน แต่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้

3. ระดับรุนแรง (severe depression) คือ ภาวะอารมณ์ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมาก มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั่วไปอย่างเห็นได้ชัดเจน เช่น ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ประจำวันได้ การทำงานขาดประสิทธิภาพ มีอารมณ์เพื่อฝัน หลงผิด ประสาทหลอน อาจมีความคิดทำลายตนเองเนื่องมาจากอาการหลงผิด ประสาทหลอนได้

2.3.3 การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การประเมินภาวะซึมเศร้านั้นเป็นเรื่องที่ยากซับซ้อน เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีอาการและอาการแสดงได้หลายมิติ มีการให้คำนิยามและสาเหตุของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันไป นอกจากนี้อาการที่แสดงให้เห็นเป็นลักษณะต่างๆ ไปที่สามารถปรากฏได้ในผู้ป่วยด้วยโรคอื่นๆ ได้ (Kranich, 1995) จึงมีบุคคลต่างๆ ที่ได้สร้างเครื่องมือขึ้นมา เพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้ามากมาย ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้ (Greist & Jefferson, 1992; Jacoby, 1997; Kaplan, Fiedman, & Sandock, 1980 อ้างถึงใน ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543: 23)

1. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีการสังเกต (Observation) แบบประเมินโดยวิธีการสังเกต ได้แก่ Croholm-ottosson Scale, Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D), Raskin

Depression Scale, Beah-Rafaelsen Melancholia Scale และ Montgomery-Asberg Depression Ration Scale (MNDRS)

2. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีการประเมินด้วยตนเอง (Self assessment) ได้แก่ Beck Depression Inventory (BDI), Zung Self-Rating Depression Scale, Zenssen Adjective Check List, Walkfield Self-Assessment Inventory, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D Scale) และ Geriatric Depression Scale (GDS) และ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)

สำหรับในประเทศไทย แบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่เป็นที่นิยมในผู้สูงอายุ ได้แก่ Beck Depression Inventory (BDI), Zung Self-Rating Depression Scale, Thai Geriatric Depression Scale (TGDS), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D Scale) และ Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) (พรเพ็ญ ลำเนา, 2548) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เพราะเครื่องมือนี้มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2537: 6) และได้รับการพัฒนาขึ้นโดยสถาบันในประเทศไทย 14 สถาบัน แบบประเมินนี้มีลักษณะเนื้อหาคำถามเน้นการประเมินภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ (emotion) ความคาดหวังด้านลบ (negative will) การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย (psychomotor) การรู้คิด (cognition) และการแยกตัว (isolation) จำนวนข้อคำถามมี 30 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามให้ตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ทำให้เข้าใจง่าย ใช้ระยะเวลาน้อย และสะดวกต่อการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ ความตรงในเนื้อหาของเครื่องมือนี้เท่ากับ 0.93 (จำนวนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเท่ากับ 275 คน) นอกจากนี้ยังสามารถใช้ประเมินในผู้สูงอายุทั้งที่สุขภาพดี มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และรวมถึงที่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ทั้งในชุมชนและในสถาบันการดูแลต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องมือนี้สามารถที่จะประเมินโดยเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และไม่จำเป็นต้องประเมินโดยจิตแพทย์หรือวิชาชีพทางด้านสุขภาพจิต ข้อดีของเครื่องมือนี้คือ สะดวกในการที่จะใช้คัดกรองหรือประเมินภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในคลินิก

ในประเทศไทย มีหลายงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และมีการใช้เครื่องมือTGDS ในการประเมินภาวะซึมเศร้า ดังเช่นจากการศึกษาของเกษม เล่งเวหาสถิตย์ และคณะ (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชรกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 398 คน พบว่าร้อยละ 18.8 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย มีภาวะซึมเศร้าปานกลางและภาวะซึมเศร้ารุนแรงคิดเป็นร้อยละ 9.6 และ 1.0 ตามลำดับนอกจากนี้ยังมีการศึกษาของเพ็ญศรี หลินสุนนท์ (2543) ได้ศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 350 คน พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 22 มีภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาของพรเพ็ญ

สำเนา (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว้าเหว่ และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 96 คน ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชัยนาท พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 64.5 มีภาวะซึมเศร้า โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 37.5 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 26 มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย และร้อยละ 1 ซึมเศร้ารุนแรง

ไม่เพียงแต่การศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนเท่านั้น ยังมีการศึกษาของชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรบางประการกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 120 ราย พบว่าร้อยละ 61.7 มีภาวะซึมเศร้าโดยที่พบว่าร้อยละ 37.5 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย มีภาวะซึมเศร้าปานกลางและภาวะซึมเศร้ารุนแรงคิดเป็นร้อยละ 21.7 และ 2.5 ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ภาวะซึมเศร้านับว่าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญที่ควรตระหนักถึง ทั้งนี้เนื่องจากว่าอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีลักษณะไม่ชัดเจนและไม่เฉพาะเจาะจง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ทำให้วินิจฉัยได้ยากและถูกละเลย รวมทั้งสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร่ายังไม่เป็นที่แน่ชัดถึงแม้ว่าจะมีหลายทฤษฎีที่อธิบาย แต่อย่างไรก็ตามสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าดูเหมือนว่าจะมาจากปัจจัยทางด้านชีววิทยา และทางด้านจิตสังคมผสมผสานกันที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าวตามมา

2.4 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่ไม่ธรรมดาตามความเข้าใจของคนทั่วไป เนื่องจากสามารถทำให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และส่งผลต่ออัตราการป่วยและการเสียชีวิตได้ เห็นได้จากภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นทำให้มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นผลกระทบทางตรง และผลกระทบทางอ้อม ดังต่อไปนี้ (Katz, 1996)

2.4.1 ผลกระทบทางตรง ได้แก่

2.4.1.1 ความสามารถในการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาต่างๆ ลดลง ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุราจึงมีการคิดสุราตามมา โดยมักพบบ่อยว่าบุคคลที่ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้ามักจะมีการดื่มสุราเพื่อหนีปัญหา เนื่องจากคิดว่าไม่สามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้ และคิดว่าการดื่มสุรา จะทำให้ลืมปัญหาดังกล่าว แต่ตามความเป็นจริงแล้ว การดื่มสุราเป็นตัวสำคัญที่จะทำให้ภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น (Miller, 1999) นอกจากนี้อาจมีการฆ่าตัวตายตามมา ซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายถึง 2 ใน 3 ของการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ (Piven & Buckwalter)

และเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ทำนายการฆ่าตัวตายได้ (Buckwalter, 1995) เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าประมาณร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายจะเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้ารุนแรง จะพบว่าการฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายทั้งหมด (Conwell, 1994 as cited in Kurlowicz, 1997)

2.4.1.2 มีอาการหลงลืม มักพบว่าผู้สูงอายุที่ซึมเศร้า จะเข้าสู่ระยะหลงลืมแบบในวัยสูงอายุตอนปลายเร็วยิ่งขึ้นมากกว่าปกติ เพราะจะมีอาการแสดงที่สำคัญ คือ การสูญเสียความจำ

2.4.2 ผลกระทบทางอ้อมได้แก่

2.4.2.1 ขาดสารอาหาร เนื่องจากบุคคลที่กำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีอาการสำคัญอย่างหนึ่ง คือ ความอยากอาหารลดลงหรือเบื่ออาหาร และปฏิเสธการรับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักลดลง ซึ่งจะทำให้มีการขาดสารอาหารรุนแรง (Neese, 1991; Hughes, 1997) สุดท้ายนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงยิ่งขึ้นตามมาด้วย อีกประการหนึ่งคือ ผลกระทบดังกล่าวหากเกิดในผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรมภายหลังการผ่าตัดที่มีบาดแผล ซึ่งจะมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นตามชนิดของการผ่าตัดนั้น (Kinney et al., 1978) หรือในรายที่มีบาดแผลถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จะทำให้การหายของแผลช้ายิ่งขึ้น ส่วนในผู้ป่วยมะเร็งที่มักจะมีอาการเบื่ออาหารจากการใช้เคมีบำบัดอยู่แล้ว หากมีการขาดสารอาหารที่เป็นผลมาจากภาวะซึมเศร้าด้วยแล้ว จะทำให้ร่างกายอ่อนแอมากขึ้น และทำให้มีภูมิคุ้มกันต้านต่อโรคลดลง รวมทั้งส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ ทำให้ไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการรักษาได้

2.4.2.2 ความเจ็บป่วยรุนแรงยิ่งขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ ในผู้ที่เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นร่วมด้วยจะทำให้อาการความเจ็บป่วยที่เป็นรุนแรงยิ่งขึ้น หรือหายจากความเจ็บป่วยช้ากว่าปกติ อีกทั้งเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยโรคทางกายเพิ่มมากขึ้น สุดท้ายทำให้ระยะเวลาการมีชีวิตสั้นลง ทั้งนี้เนื่องจากความสนใจเรื่องต่างๆ ลดลง เช่น ไม่สนใจออกกำลังกาย ไม่สนใจในการดูแลตนเอง ไม่สนใจการติดตามผลรักษา อีกทั้งมีการปฏิเสธยาและการรักษา (Conwell, Caine, & Olsen, 1990) รวมทั้งเป็นผลมาจากผลกระทบทางตรงและทางอ้อมประการอื่น เช่น ภาวะขาดสารอาหาร ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง (Eliopoulos, 1993)

2.4.2.3 อุบัติเหตุ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีความตื่นตัวลดลง ทำให้ไม่สนใจ หรือให้ความสนใจต่อสิ่งรอบข้างลดน้อยลง นอกจากนี้ยังขาดแรงจูงใจในการเฝ้าระวังอุบัติเหตุหรือสิ่งที่จะเกิดอย่างฉุกเฉินลดลง

2.4.2.4 สภาพร่างกายทรุดโทรม จากการที่ภาวะซึมเศร้ามีอาการอย่างหนึ่ง คือ นอนไม่หลับจึงทำให้ร่างกายเกิดความอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อยล้าตามมา

2.4.2.5 สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นบุคคลนั้นจะแยกตัวออกไป มองเห็นสิ่งต่างๆทั้งในปัจจุบันและอนาคตในแง่ร้ายหรือด้านลบ ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ รู้สึกหมดหวังและหมดหนทางช่วยเหลือ (helplessness) (Miller, 1999) ทำให้มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม จึงเป็นผลให้ไม่ยอมรับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาต่างๆจากบุคคลอื่น

2.4.2.6 ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การทำหน้าที่ต่างๆ เป็นต้น เป็นผลจากการขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิ และด้วยระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ลดลง ส่งผลย้อนกลับไปที่ทาลายสถานภาพของบุคคล ความภาคภูมิใจ ซึ่งจะยิ่งไปเพิ่มความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าให้มากขึ้น มีหลายการศึกษาที่ยืนยันตรงกันถึงผลกระทบในข้อนี้ ดังเช่นการศึกษาของมอสซี่ และคณะ (Mossey, Knott, & Crailk, 1990) พบว่าผลกระทบของอาการซึมเศร้าที่มีอยู่ในช่วงระหว่างการหายจากกระดูกสะโพกหัก จะส่งผลทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายไม่ดีหรือดีขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น และยังมีการศึกษาของพาริก และคณะ (Parikh, Lipsey, & Robinson, 1990) พบว่า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเมื่อเวลาผ่านไป 2 ปีนั้น ทั้งในผู้ป่วยซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและรุนแรง จะมีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างมาก มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ในรายที่เกิดภาวะซึมเศร้าจะมีความบกพร่องในการพูดมากกว่ารายที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอีกด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของโจเซฟริน และคณะ (Josephrin et al., 1996) พบว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรครุนแรงหรือร้ายแรง หรือโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย มีจำนวนร้อยละ 61.8 เกิดความบกพร่องในการทำงานและการทำกิจกรรมทางสังคมอย่างมาก มีเพียงร้อยละ 5.4 เท่านั้นที่มีความบกพร่องในเรื่องความสามารถในการทำหน้าที่เพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเลย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของซัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ที่พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.46, p < .001$)

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุส่งผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อม และมีผลต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงก็จะทำให้อัตราการเจ็บป่วยและอัตราตายเพิ่มขึ้น รวมถึงเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงด้วย ดังนั้นภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล จึงนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและควรตระหนักถึงเป็นอย่างมาก

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

จากการที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านร่างกายทำให้สมรรถภาพการทำงานของระบบต่างๆในร่างกายลดลง รวมถึงความต้านทานต่อโรคต่างๆลดลงด้วยจึงทำให้เจ็บป่วยได้ง่าย และการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุนั้น หากอยู่ในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน (acute illness) ก็จะมีผลจำเป็นในการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมักพบว่า การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนี้ จัดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น นอกเหนือจากการที่มีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุมียุทธศาสตร์ต่อจิตใจอารมณ์ และอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งจากการศึกษาของ โคนิก และคณะ (Koenig et al., 1993) พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลา 48- 96 ชั่วโมง (2-4 วัน) มีร้อยละ 68.4 โดยที่ร้อยละ 34.2 มีภาวะซึมเศร้าในระยะที่การดำเนินโรคเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และร้อยละ 13.2 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง และยังมีการศึกษาอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า ร้อยละ 10-21 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (major depression) และมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (minor depression) ร้อยละ 14 - 25 (Koenig et al., 1997)

สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาของชัดเจน จันทพันธ์ (2543) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 120 คนที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสงขลา เก็บข้อมูลโดยให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่าร้อยละ 61.7 ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีภาวะซึมเศร้า โดยที่ร้อยละ 37.5 อยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 21.7 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 2.5 อยู่ในระดับรุนแรง และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ภาวะซึมเศร้าได้แก่ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการมีสัมพันธ์กับครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งในการวิจัยครั้งนั้นศึกษาในผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ศัลยกรรมและนรีเวชกรรม ผลการวิจัยที่ได้อาจไม่ได้สะท้อนลักษณะของผู้สูงอายุทางอายุรกรรมได้อย่างชัดเจน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะการเจ็บป่วยแตกต่างกัน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกที่จะศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุแผนกอายุรกรรมที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง คือ การมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง การใช้ยาหลายชนิด ลักษณะการเข้ารับการรักษา ซึ่งอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีลักษณะที่ไม่เฉพาะเจาะจง และมี

ลักษณะคล้ายกับความเจ็บป่วยทางกาย เช่น อาการอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ความอยากอาหารลดลง เป็นต้น โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรม (Koenig, 1998)

ภาวะซึมเศร้าพบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจาก การที่ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Walker & Katona, 1997) ทำให้ผู้สูงอายุต้องแยกจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รัก ต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่คุ้นเคยทั้งสถานที่ บุคคลและรูปแบบการรักษา ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนย้ายตนเองไปได้ตามปกติ ประกอบกับการไม่สามารถแสดงความรู้สึก ความไม่พึงพอใจต่อบุคคลต่างๆ ได้ ต้องมีการเก็บอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ไว้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความกดดันทางด้านจิตใจได้เช่นกัน อีกประการหนึ่ง การที่ต้องเผชิญกับปัญหาที่เป็นผลกระทบจากการที่ต้องรับเข้ารับการรักษา เช่น การรู้สึกว่าต้องสูญเสียงานที่เคยทำหรือไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทเดิมได้ และต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวด้วย ดังที่บลาสเซอร์ (Blazer, 1990 as cited in Kurlowicz, 1994) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าจะเกิดขึ้นเมื่อมีการตอบสนองต่อการสูญเสียต่อหลายๆ อย่าง อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความเจ็บป่วย เช่น การทำหน้าที่ของร่างกาย ความสุขสบาย บทบาทในครอบครัวหรือสังคม ความมั่นคงทางการเงิน และสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลลงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

อีกประการหนึ่ง เมื่อผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อันเนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันร่วมกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง และมักจะมีพยาธิสภาพหลายๆ ระบบรวมถึง ปัญหาของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนและแตกต่างจากวัยอื่น ทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดกลุ่มอาการที่ไม่พึงประสงค์ได้ (สุปริดา มั่นคง และคณะ, 2549) ทำให้มีการดำเนินของโรคไปในทางที่เลวลงหรือไม่สามารถรักษาให้หายได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกหมดหวังหรือเกิดการเรียนรู้ว่าหมดหนทางในการช่วยเหลือ (helplessness) และหากทีมสุขภาพปฏิบัติกับผู้ป่วยที่รู้สึกหมดหนทางในลักษณะที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจจะเป็นไปโดยที่ไม่ตั้งใจ เช่น ไม่ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแสดงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรักษา ก็จะทำให้ผู้ป่วยยังมีการรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถควบคุมตนเองหรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้อีกต่อไป และคิดว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นเสมือนเคราะห์กรรมของตน จะส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้หากผู้ป่วยนึกถึงบุคคลอื่นที่เคยรู้จักและต้องตายจากไปด้วยโรคเดียวกันแล้ว จะทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าหมอง โศกเศร้าและนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน (Stoudemire, 1994)

จากลักษณะดังกล่าวนี้เอง ทำให้ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมักเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเสมอ และลักษณะอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และอาการที่มักพบในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง คือ อาการด้านร่างกาย ได้แก่ นอนไม่หลับและกระวนกระวาย เบื่ออาหารกระสับกระส่าย อาการด้านพฤติกรรม เช่น การไม่สนใจในสิ่งที่เคยสนใจ เป็นต้น และอาการด้านการรู้คิด ที่มักเป็น

ในลักษณะของการบ่นว่ามีความเจ็บป่วยทางกาย เช่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ปวดท้อง เป็นต้น โดยเฉพาะอาการท้องผูก (Koenig et al., 1993) และเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นแล้ว จะยังทำให้การดำเนินของโรครุนแรงยิ่งขึ้นและอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยมีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย จะมีอัตราการตายสูงกว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยแต่ไม่มีการเกิดภาวะซึมเศร้า (Buss & Blazer, 1996; Piven & Buckwalter, 2001) ทั้งนี้เพราะบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกหมดหนทาง รู้สึกหมดหวังว่าตนเองไม่สามารถต่อสู้ปัญหาต่างๆได้ รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมรรถภาพหรือไม่อยู่ในภาวะควบคุมตนเองได้อีกต่อไป และการรู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจตนเอง จะก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างความต้องการต่อสู้เพื่อรักษาชีวิตและการยอมแพ้ถอยหนี เป็นภาวะที่พล้งสำหรับการมีชีวิตอ่อนกำลัง จิตใจซึมเศร้า และต้องการที่พึ่งอย่างมาก จึงเป็นความตึงเครียดทางจิตใจที่มักทำให้เกิดโรคทางกาย หรือทำให้สภาวะของโรคที่เป็นอยู่รุนแรงยิ่งขึ้นและถึงแก่ชีวิตได้

ดังเช่นจากการศึกษาของ ดอเยอร์ (Dawyer, 1986 อ้างถึงใน ละออ หุตางกูร, 2535) ที่ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยทางอายุรกรรม 42 คน โดยไม่เฉพาะเจาะจงโรค พบว่า ผู้ป่วยจะมีประวัติการสูญเสียเกิดขึ้นก่อนการเจ็บป่วยดังนี้ คือ 5 คนได้มีการสูญเสียเกิดขึ้น, 9 คนได้รับการคุกคามว่าจะสูญเสีย (threat), 16 คนเกิดความรู้สึกสูญเสียทางใจโดยไม่ได้สูญเสียสิ่งที่มีตัวตน, และ 12 คน ไม่เคยรู้สึกว่าการสูญเสียแต่อย่างใด ซึ่งในจำนวน 16 คนของกลุ่มที่มีการสูญเสียมีการเจ็บป่วยทางกายเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง, 15 คน เกิดการเจ็บป่วยภายใน 1 สัปดาห์หลังเกิดเหตุการณ์ และผู้ป่วย 30 คน บอกว่า รู้สึกว่าเหว่หมดที่พึ่งทางใจ, และ 10 คน มีความรู้สึกว่าตนเองไม่อาจต่อสู้ชีวิตต่อไปได้อีก เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น การสูญเสียมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกันกับการศึกษาของพริเกอร์สัน และคณะ (Prigerson et al., 1995) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับการสูญเสียคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จะเห็นได้ว่า ภาวะการแสดงออกทางด้านร่างกายอันเป็นผลมาจากจิตใจดังกล่าว คือ อาการแสดงทางด้านร่างกายของภาวะซึมเศร้านั้นเองซึ่งจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว คือ เกิดขึ้นระหว่าง 24 ชั่วโมงจนถึง 7 วัน แต่เดิมคิดว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะเวลาดังนั้น ไม่กี่ชั่วโมงไม่กี่วันถือว่าปกติ (ซัดเจน จันทรพัฒน์, 2543; Koenig et al., 1993; Koenig et al., 1997) แต่ในความเป็นจริงแล้ว ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุไม่ว่าจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาอันสั้นหรือยาวนาน ล้วนแล้วแต่มีผลกระทบต่อความรุนแรงของความเจ็บป่วยทั้งสิ้น จึงไม่ควรละเลยและต้องรีบให้ความสนใจเพื่อหาแนวทางช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนต่อไป เพื่อลดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจตามมาได้ (จอม สุวรรณโณ, 2541; สรวุฒิ สังข์ศรีศรี และคณะ, 2540; Kurlowicz, 1994; Neese, 1991)

จากการทบทวนวรรณกรรม/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง อาจสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

1. การเจ็บป่วยทางกาย ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าวัยอื่น ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้สูงอายุโดยทั่วไป มักจะเกิดร่วมกับการเจ็บป่วยทางกาย (Neese, 1991) และมักเป็นโรคเรื้อรัง (Eliopoulos, 1993 ; Murphy, 1982 as cited in Scrutton, 1989) และการศึกษาส่วนใหญ่พบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างการบกพร่องของภาวะสุขภาพทางกายกับภาวะซึมเศร้า โดยผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดี จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก ในทางตรงข้ามผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อยกว่า (Blixen, Wilkinson, & Schuring, 1994; Kennedy et al., 1991; Steiner & Marcopoulos, 1991) และจากการศึกษาของศรีวรรณ ดันศิริ และคณะ (2535) พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว

นอกจากนี้การศึกษาของสรุติ สังข์ศรี และคณะ (2540) พบว่า การมีโรคทางกายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้อธิบายเหตุผลไว้ 4 ประการคือ 1) ผู้สูงอายุแบกรับภาระในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เป็นการซ้ำเติมการเสื่อมของร่างกายที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติอยู่แล้ว ทำให้เกิดความวิตกกังวล เป็นทุกข์รู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว 2) โรคทางกายทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เป็นของตนเองเนื่องจากอายุมาก ประกอบอาชีพไม่ได้ ว่างาน และมีการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัว ดังนั้นจึงต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น นอกเหนือจากการพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) โรคทางกายเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การใช้กำลังกาย การมองเห็น การได้ยิน เป็นต้น และ 4) ในแง่ชีววิทยา โรคทางกายบางอย่างอาจเป็นสาเหตุของอารมณ์เศร้า เช่น ภาวะต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อยลงกว่าปกติ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้านักเกิดร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งการมีโรคเรื้อรังอาจทำให้มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความไม่สบาย ทำให้บุคคลไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทได้ เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง โรคเรื้อรังและภาวะซึมเศร้าจึงมีความสัมพันธ์กัน บางครั้งแยกได้ยากกว่าเป็นอาการจากโรคหรือภาวะซึมเศร้า (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2547) ซึ่งเบ็ค และโคนิค (Beck & Koenig, 1996) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีลักษณะที่ไม่เฉพาะเจาะจง (atypical depression) ทำให้วินิจฉัยได้ยาก โรคเรื้อรังหรือความเจ็บป่วยทางกายที่มักพบร่วมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่

1.1 โรคที่มีความผิดปกติของสมองและการรับรู้สึกต่างๆ ได้แก่ โรคสมองเสื่อม (dementia) โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer disease) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) (มาโนช ทับมณี, 2541; Buckwalter & Piven, 1999; Davies, 1999)

1.2 โรคเรื้อรังที่มีภาวะทุพพลภาพต่างๆ เช่น ข้ออักเสบรุนแรง กระดูกสะโพกหัก (Shamash, O'Connell, Lowy, & Katona, 1992) โรคหลอดเลือดสมอง (Buckwalter & Piven, 1999; Hughes, 1997; Santus, Ranzenigo, Caregnato, & Inzoli, 1990) โรคมะเร็ง (Miller, 2003) เป็นต้น

1.3 โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) (Buckwalter & Piven, 1999) ภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) (Koenig, 1998) รวมไปถึงโรคที่ทำให้เกิดความปวดเรื้อรัง (Closs, 1996) และผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายขณะทำการล้างไต (Neese, 1991)

1.4 โรคระบบต่อมไร้ท่อ เช่น เบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์ เป็นต้น (Buss & Blazer, 1996; Jacoby, 1997; Kurlowicz, 1997; Miller, 2003; Steiner & Marcopoulos, 1991)

2. ยาที่ได้รับ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นจากกระบวนการสูงอายุก่อให้เกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งมักจะมีพยาธิสภาพในหลายๆระบบ จากการทบทวนวรรณกรรมของมิลเลอร์ (Miller, 2003) มีรายงานเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาพบว่า มีการได้รับยา มากกว่า 2 ชนิดที่ต้องให้ในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา ซึ่งอาจเป็นผลจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและมักจะได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน นอกจากนี้เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและจำเป็นต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ปัญหาของผู้สูงอายุมักจะซับซ้อนและอาจได้รับยาหลายชนิด ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดกลุ่มอาการเฉพาะในผู้สูงอายุ (สุปรีดา มั่นคง และคณะ, 2549) รวมถึงภาวะซึมเศร้าด้วย โดยทั่วไปผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 อย่าง (Ruegg, Zisook, & Swerdlow, 1988) จึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับยาเป็นประจำ จากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุที่เกิดขึ้นที่มีผลต่ออวัยวะที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการใช้ยา ได้แก่ ตับและไต ซึ่งตับนั้นจะมีขนาดเล็กลง มีการไหลเวียนของเลือดไปยังตับลดลง ทำให้มีส่งผ่านยาไปยังส่วนต่างๆของร่างกายและการออกฤทธิ์ของยายาวนานกว่าปกติ จึงเสี่ยงต่อการเกิดมีความไวต่อยาและเป็นพิษได้ง่าย ส่วนไตจากการที่หน่วยไตมีอัตราการกรองลดลง รวมถึงการไหลเวียนของเลือดไปยังหน่วยไตลดลงด้วย จึงเกิดการสะสมของยาในร่างกายขึ้นและเกิดพิษได้ง่ายขึ้น (Marsh, 1997; Potter & Perry, 1997)

สาเหตุอีกประการหนึ่งที่มักพบ คือ ผู้สูงอายุมักได้รับยาร่วมกันหลายชนิด เนื่องจากการปรับขนาดยาให้เหมาะสมในวัยสูงอายุเพื่อไม่ให้มีขนาดที่น้อยเกินไปหรือมากเกินไป ซึ่งทำได้

ยากและอาการความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมักเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพหลายระบบในเวลาเดียวกัน (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552; McConnell & Duffy, 1994 as cited in Marsh, 1997) กล่าวว่าภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาหรือสารต่างๆที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ เกิดจากการขาดความตระหนักถึงปฏิกิริยาหรือฤทธิ์ตรงกันข้ามของยาและการใช้ยาอย่างเหมาะสม ส่วนผู้ป่วยสูงอายุเองก็มีการปิดบังการใช้สารบางอย่างของตนเอง ได้แก่ การใช้แอลกอฮอล์ ยานอนหลับและการใช้คาเฟอีน รวมถึงผู้สูงอายุบางรายอาจจะมีการได้รับยาอะไรจากแพทย์มาบ้างแล้ว ทำให้เมื่อไปพบแพทย์คนใหม่จะได้รับยาตัวใหม่เพิ่มเข้ามาอีก โดยที่ไม่ได้บอกว่าเป็นยาอะไรมาบ้างแล้ว จึงเป็นผลให้มีการได้รับยาร่วมกันหลายตัว สุดท้ายจะทำให้เกิดผลข้างเคียงและเกิดพิษได้ง่าย ดังเช่นสจ๊วตและเฮล (Stewart & Hale, 1992 as cited in Marsh, 1997) ศึกษาการใช้ยาในคลินิก จำนวนยาที่ได้รับในบุคคลที่อายุ 65 ปีขึ้นไป พบว่าเฉลี่ยแล้วผู้สูงอายุได้รับยาจำนวน 5 ชนิด และอัตราการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาคือเป็นผลจากการใช้ยาร่วมกันเพิ่มขึ้นเมื่อมีจำนวนยาที่ได้รับเพิ่มขึ้นด้วย โดยที่อัตราการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาพบร้อยละ 7 ในผู้ป่วยที่ได้รับยา 6-10 ชนิด และอัตราการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาพบสูงถึงร้อยละ 40 ในผู้ป่วยที่ได้รับยา 16-20 ชนิดขึ้นไป และการศึกษาโคเนิก และคณะ (Koenig et al., 1988) พบว่า จำนวนยาที่ได้รับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดมีระดับยาในกระแสเลือดสูงหรือนำไปสู่การเกิดเป็นพิษได้ การมีอัตราการผิดปกติเมื่อมีการหยุดใช้ยาและการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาขึ้นได้ รวมถึงเป็นผลให้ระบบประสาทส่วนกลางของผู้สูงอายุมีความไวที่จะได้รับผลกระทบจากการใช้ยามากขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยาที่ใช้ในการรักษาความเจ็บป่วยทางกายที่เกี่ยวข้องกับการทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีดังต่อไปนี้คือ ยาลดความดันโลหิต จัดว่าเป็นยาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเกือบบ่งชี้ที่สุด ยากลุ่มนี้ เช่น reserpine, methyl dopa, propranolol, guanethidine, hydralazine, และ clonidine ส่วนยานอนหลับก็จัดว่าเป็นยาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุดด้วย เช่น benzodiazepines ยาต้านอาการพาร์กินสัน เช่น levodopa สฮอร์โมนบางอย่าง เช่น estrogen, progesterone และยากุมกำเนิดชนิดรับประทาน สเตียรอยด์ เช่น corticosteroids ยารักษาโรคมะเร็ง เช่น vincristine และ vinblastine ยารักษาโรคจิต เช่น phenothiazine, enanthate, haloperidol และ fluphenazine ยากระตุ้นและลดความอ้วน เช่น amphetamine, fenfluramine และ phentermine ยาต้านการอักเสบและยาแก้ปวด เช่น phenylbutazone, phenacetin และ indomethacin ยารักษาโรคหัวใจ เช่น digitalis, metoprolol, procainamide, atenolol, และ lidocaine ยาขับปัสสาวะ เช่น thiazide ยารักษาต่อหิน เช่น carbonic anhydrases ยารักษาโรคซึมเศร้า เช่น carbamazepine ยาฆ่าจุลชีพ เช่น sulfonamides, isoniazid,

ampicillin, cyclosporine, dapsone, griseofulvin, metronidazole, nalidixic acid, nitrofurantoin, procian penicillin, และ streptomycin ส่วนยาอื่นๆ เช่น cimetidine, ranitidine, และ metoclopramide (Gomez & Gomez, 1993; Kurlowicz, 1997; Marsh, 1997; Miller, 1999; Patten & Love, 1997 as cited in Sable et al., 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่ายาที่อาจเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นยาที่ผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมมีการใช้เพื่อรักษาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และนอกจากนี้ในประเทศไทยพบว่า ยังไม่มีการศึกษาถึงจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรม ดังนั้นการได้ศึกษาตัวแปรนี้จะทำให้เข้าใจภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมมากขึ้น

3. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นการกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันตามความจำเป็นและความต้องการพื้นฐาน เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าถึงการเข้านอน การพลิกตะแคงตัวบนเตียง การนั่ง การยืน การเดินและการปฏิบัติสุขอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดเบื้องต้นของภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิต (ทศนีย์ รัชยา, 2537) ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ได้ดีแสดงถึงความสามารถในการดำเนินชีวิต และดำรงบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้บุคคลมีพลัง แรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ในทางที่หวัง มีความเข้มแข็ง มีการปรับสภาพจิตใจทำให้มองเห็นทางในการแก้ปัญหาและความยุ่งยากได้ (Raleigh, 1980) ส่งผลให้ภาวะสุขภาพจิตที่ดีตามมาด้วย

จากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดขึ้นจากกระบวนการสูงอายุ ร่วมกับผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ และด้วยภาวะของโรคทำให้ต้องมีการรักษาในโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น ประกอบกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นร่วมด้วย ย่อมจะมีผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยเฉพาะส่งผลให้มีความบกพร่องในเรื่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน ซึ่งการไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นการสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตด้วยตนเอง ไม่สามารถดำรงบทบาทของตนเองไว้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และสิ้นหวัง ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวดังนี้ การศึกษาของอเล็กโซโพลิส และคณะ (Alexopoulos et al., 1996) พบว่า การบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยสูงอายุทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มารักษาคือโรงพยาบาล จะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่อไปนี้ คือ อายุที่เพิ่มขึ้น อาการซึมเศร้าที่รุนแรง และภาวะที่เกิดจากความเจ็บป่วย (medical burden) การศึกษาของชาวสซ์และคณะ (Schwartz et al., 1993 as cited in Diamond, Holroyd, Maccioechi, & Felsenthal, 1995) พบว่า ผู้ป่วยเพศชายในช่วงภายหลังการเกิด

หลอดเลือดสมองแตกจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงร้อยละ 10 และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาของชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรบางประการกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 120 ราย โดยใช้เครื่องมือ TGDS ในการประเมินภาวะซึมเศร้า และประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยดัชนีบาร์เชล ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.46, p < .001$) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของกาญจนา พึ่งไพศาล (2539) ซึ่งศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 330 คน โดยใช้เครื่องมือ TGDS ในการประเมินภาวะซึมเศร้า และประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยดัชนีบาร์เชล ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.21, p < .05$) และการศึกษาของจุฑารัตน์ สติรปัญญา และพรชัย สติรปัญญา (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มตัวอย่าง 378 ราย พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถอธิบายการผันแปรของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .25, p < .05$)

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าการเสื่อมถอยของร่างกาย มีอิทธิพลที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาสุขภาพที่ตามมา เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง เป็นต้น ซึ่งสาเหตุดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามถึงแม้จะพบว่ามีการศึกษาในผู้สูงอายุมาพอสมควร แต่โดยส่วนใหญ่มักจะทำการศึกษาในชุมชน ซึ่งสภาพแวดล้อมแตกต่างจากในโรงพยาบาล และดังที่ได้มีการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ดังนั้นการที่ได้ศึกษาในตัวแปรนี้จะทำให้เข้าใจภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมมากขึ้น และเพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลได้ตระหนักถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นด้วย

4. ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เป็นความผิดปกติของผู้ป่วยสูงอายุที่มีความผิดปกติทางด้านสรีระแบบเฉียบพลัน (acute physiology) ร่วมกับความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีอยู่ก่อน (chronic health) ประเมินโดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า The Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II) (Knaus et al., 1985) เนื่องจากความเจ็บป่วยที่รุนแรงทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะความเป็นความตาย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ขาดอิสรภาพ ขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล หากไม่สามารถ

จัดการกับความเครียดนี้ได้หรือคิดว่าควบคุมไม่ได้ ก็อาจจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังเช่น การศึกษาของเมอร์ฟี (Murphy, 1982) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ซึมเศร้าร้อยละ 28 มีความเจ็บป่วยที่รุนแรง ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นต้น เปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ปกติมีเพียงร้อยละ 6 ที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง และการศึกษาของโคนิค และคณะ (Koenig et al., 1988) พบว่า ความรุนแรงของความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าโดยที่มีความสำคัญมากกว่าปัจจัยตัวอื่นๆ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาในตัวแปรนี้ว่าเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหรือไม่ มีเพียงการศึกษาของชัชเจน จันทรพัฒน์ (2543) ที่มีการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยแต่ไม่ได้ประเมินที่เป็นข้อมูลตามเกณฑ์ (objective data) ในตัวแปรนี้ และผู้วิจัยคิดว่าน่าจะมีการมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล เนื่องจากในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักมาด้วยเรื่องภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันโดยมีโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่เดิม (acute on top problem)

ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

1. การปฏิบัติทางศาสนา ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวที่สำคัญทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุ ดังที่เอสเบอร์เกอร์ และฮิวจ์ (Esberger & Hughes, 1989 อ้างถึงใน กนกพร สุดาวัง, 2540) ได้พบว่าเมื่ออายุมากขึ้น บุคคลจะมีความศรัทธาเชื่อมั่นในศาสนาและมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจมากขึ้น และจากการการศึกษาของเพรสแมน และคณะ (Pressman, Lyons, Larson, & Strain, 1990) พบว่าภายหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก ระยะก่อนออกจากโรงพยาบาล ผู้ที่มีความเชื่อทางศาสนา ร่วมกับการปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด จะมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายถึง ความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ

2. ความสำเร็จตามเป้าหมาย จากการศึกษาของรีด (Reed, 1986) พบว่า ความสำเร็จตามเป้าหมายมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายถึง การประสบความสำเร็จตามเป้าหมายสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ แต่ในทางตรงข้ามหากไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายจะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

3. การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้หรือเข้าใจ โดยมีการแปลความหรือให้ความหมายต่อโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง แต่ละคนจะมีการให้ความหมายหรือประเมินความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าจะมีผลกระทบต่อตนในลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น การรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สบายและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง นอกจากนี้การรับรู้ความรุนแรงของอาการต่างๆที่คุกคามสุขภาพแต่ละบุคคลยังแตกต่างไปตามสถานการณ์ของผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะการมีความ

พร้อมในการตอบสนองต่อความเครียดหรือการมีความหวัง (Miller, 1992) เพราะความหวังจะทำให้บุคคลมีพลัง แรงจูงใจจะทำให้เกิดพฤติกรรมต่างๆในทางที่หวัง มีความเข้มแข็ง ในการปรับสภาพจิตใจทำให้มองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและความยุ่งยากได้ และความหวังทำให้มองเห็นสิ่งที่มาคุกคามตนเองจากความเจ็บป่วยว่าไม่ใช่สิ่งที่รุนแรงเกินกว่าจะแก้ไขได้ (Raleigh, 1980)

ในทางตรงกันข้าม การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในลักษณะของการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยมีความรุนแรงมาก ซึ่งเป็นการประเมินสถานการณ์หรือคิดในทางด้านลบ อาจเป็นเพราะด้วยพยาธิสภาพของโรคที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยและผลการรักษาที่ไม่ดีขึ้น หรือมีประสบการณ์พบเห็นผู้ป่วยด้วยโรคเดียวกันไม่หายและมีแนวโน้มจะเสียชีวิต (Stoudemire, 1994) มีการศึกษาของ ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36$, $p < .001$) ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย อาจจะมีผลต่อการปรับตัวเผชิญปัญหาที่เป็นความเครียดต่างๆได้ และอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

4. ความรู้สึกหมดหนทาง (helplessness) ความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อมีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การถูกปฏิเสธจากบุคคลที่มีความสำคัญ เมื่อประสบกับเหตุการณ์ร้ายแรง เช่น การเจ็บป่วยที่รุนแรงเฉียบพลัน การทำงานล้มเหลว ถูกออกจากงาน เป็นต้น (Miller et al., 1986) เช่น จากการศึกษาของบาร์เดอร์ และคณะ (Barder, Slimmer, & Lesage, 1994) พบว่า ความรู้สึกหมดหนทางจะเกิดกับผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นระยะเวลานาน มีประสบการณ์ของสุขภาพที่อ่อนแอได้มากกว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยแบบเฉียบพลันหรืออยู่ในช่วงฟื้นฟูสภาพ ความรู้สึกนี้จะทำให้เกิดการเรียนรู้หรือรับรู้ที่ตนเองหมดหนทางในการช่วยเหลือ และไม่อาจควบคุมสิ่งต่างๆได้ ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ตามมาได้มากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยแบบเฉียบพลันหรืออยู่ในช่วงฟื้นฟูสภาพ

ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยทางด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่

1. แรงสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว เพื่อนและสังคม ในที่นี้ขอกล่าวถึง เฉพาะการมีสัมพันธภาพกับครอบครัวเท่านั้น เนื่องจากกระหว่างการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล สัมพันธภาพกับคนที่ดูแลหรือญาติที่มาดูแล นับว่ามีความสำคัญยิ่งต่อผู้ป่วย และการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่มีความมั่นคงจะช่วยเสริมหน้าที่ในการช่วยแก้ไขปัญหาของแต่ละคน ทำให้เงื่อนไขของปัญหาลดความรุนแรงลง นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤติในชีวิต โดยลดความเครียด อันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤติได้ (Cohen & Will, 1985) ดังเช่นการศึกษาของชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

อย่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.26, p < .01$) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของพรเพ็ญ ลำภา (2548) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว้าเหว่ และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 96 คน ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชัยนาท ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.57, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจน์ สิทธิวงศ์, จิราพร ชีรพัฒนะ, กนกพร หมู่พยัคฆ์, วาสนา แฉล้มเขตร์, และรุ่งนภา ผาณิตรัตน์ (2539) พบว่า การดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ($r = .36, p < .05$) นั่นคือ ถ้าการดูแลของครอบครัวดี ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพจิตที่ดีด้วย

ดังนั้นปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว น่าจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเผชิญกับความเครียด และป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบต่อด้านจิตใจได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรที่จะมีการศึกษาในตัวแปรนี้เนื่องจากว่าในปัจจุบันสภาพสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

1. **อายุ** เมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมลง ความแข็งแรงของร่างกายลดลง ประกอบกับการเกิดโรคต่างๆขึ้นได้ง่ายส่วนใหญ่มักเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งโรคเรื้อรังมีพบอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากยิ่งอายุมากยิ่งมีโอกาสได้รับสารทำให้เกิดโรคมายิ่งขึ้นและกลไกในการสร้างภูมิคุ้มกันด้านทานลดลงด้วย จากลักษณะการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย ซึ่งทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อีกประการหนึ่งการเกษียณอายุในการทำงานนับว่าเป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจผู้สูงอายุด้วย ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจ อารมณ์ และการศึกษาของกนกกรัตน์ สุชะตุงคะ และคณะ (2542) พบว่าผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายไม่คล่องแคล่ว ดังนั้นกิจกรรมต่างๆที่เคยทำ ก็จะถูกจำกัดลงทำให้รู้สึกเหงา ว้าเหว่มากขึ้น และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา นอกจากนี้การศึกษาของมานิช ทับมณี (2541) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพฯพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .30, p < .05$) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ บลาเซอร์และคณะ (Blazer et al., 1991) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. **เพศ** เพศเป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบความแตกต่างในเรื่องสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพละบอบทาพหน้าทีความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม มีผลทำให้เกิดมีภาวะ

สุขภาพแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพจิต ดังเช่นจากการศึกษาของกนกรัตน์ สุขตุ้ม และคณะ (2542) พบว่าผู้สูงอายุทั้งที่อยู่ในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง เพศหญิงจะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย และมีข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า เพศหญิงมีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Beeber, 1996; Stuart, 1995 as cited in Sangon, 2001) ซึ่งประเด็นแรกคือ การแสดงออกของอาการซึมเศร้าในเพศหญิงมีการแสดงออกชัดเจนและพบบ่อย ซึ่งเพศหญิงจะแสวงหาการรักษา มากกว่าเพศชาย (Mirowsky & Ross, 1995, Pugliesi, 1992 as cited in Sangon, 2001) หากอธิบายด้วยทฤษฎีบทบาททางสังคมว่า เพศหญิงมีสถานะทางสังคมน้อยและมีสิทธิทางสังคมไม่เท่าเทียม และไม่สามารถแสดงออกได้ ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจภายในครอบครัว ทำให้เกิดความคับข้องใจ และอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด (Sangon, 2001) และมีหลายการศึกษาในต่างประเทศรวมทั้งประเทศไทยพบตรงกันว่า เพศหญิงเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (กมลสิน สาตรา, 2531; มาโนช ทับมณี, 2541; Blazer et al., 1991; Koenig et al., 1993; Valente, 1994)

3. สถานภาพสมรส เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสถานภาพสมรสบ่งชี้ถึงสถานะระบบของครอบครัว เป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคมโดยเฉพาะคู่สมรสยังเป็นการบ่งชี้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้บุคคลดูแลตนเองดีขึ้น (Hanucharurnkul, 1989) มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรส หม้าย หย่าหรือแยก โสดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (มาโนช ทับมณี, 2541) ซึ่งอธิบายว่าเป็นการสูญเสียจากบุคคลอันเป็นที่รัก และขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาของโคนิค และคณะ (Koenig et al., 1988) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ที่อยู่คนเดียว รวมถึงการศึกษาของฮาร์โลว์ และคณะ (Harlow et al., 1991) พบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีสถานภาพสมรสหม้ายมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีคู่สมรส ซึ่งอธิบายว่าเป็นการสูญเสียจากบุคคลอันเป็นที่รัก และขาดแรงสนับสนุนทางสังคมเช่นเดียวกัน

4. รายได้ รายได้เป็นสิ่งที่บ่งบอกสถานภาพเศรษฐกิจและสังคม และเป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงต่อการดำเนินชีวิต และสามารถให้การตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล (มาลี เลิศมาลีวงศ์, อรสา พันธุ์ภักดี, และสุวิมล พนาวัฒน์กุล, 2535) เนื่องจากว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในด้านเศรษฐกิจและสังคม ตามที่ได้กล่าวมาแล้วทำให้มีรายได้ลดลง หรือรายได้ที่มีมักจะมาจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถและต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้เกิดความเครียดและความกดดันทางจิตใจ หากสามารถปรับตัวได้ก็จะไม่เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา (Miller, 1999) ดังเช่นการศึกษาของมาโนช ทับมณี (2541) พบว่าแหล่งรายได้ที่มาจากคนอื่น และไม่

พึงพอใจกับรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของเพ็ญศรี หลินสนนท (2543) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีหลายปัจจัยด้วยกันคือ 1) ปัจจัยด้านร่างกาย เช่น การเจ็บป่วยทางกาย ยาที่ได้รับ เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น 3) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ และสถานภาพสมรส เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยคิดว่าปัจจัยเหล่านี้น่าจะเป็นตัวแปรที่สำคัญในการที่จะทำให้เข้าใจผู้ป่วยสูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยทางอายุรกรรม เพื่อช่วยให้เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพสามารถที่จะประเมินกลุ่มผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้ และช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและถูกต้องรวมถึงการพยาบาลที่เหมาะสม

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

วัตถุประสงค์ของบทนี้ เพื่อที่จะทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และงานวิจัยหรือวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และพบว่ามี mốiเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตหลายด้าน และอาจส่งผลต่อสุขภาพจิต ปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและเป็นปัญหาที่สำคัญคือ ภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม หากปัญหานี้ถูกละเลยหรือไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง อาจเนื่องมาจากการวินิจฉัยที่ผิดพลาดจากการที่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง และแยกจากการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายและอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ มีการศึกษาเป็นจำนวนมากที่พยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และมีหลายทฤษฎีที่อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้แก่ ทฤษฎีทางชีวภาพ ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางจิตสังคมตามที่ได้กล่าวมาแล้วในตอนต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีหลายปัจจัยด้วยกันได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย

จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลด้วย ถึงแม้จะมีการวิจัยที่ผ่านมาศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศและในชุมชน รวมถึงสถานสงเคราะห์ และพบว่าไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ที่มีลักษณะของความเจ็บป่วยทางกายที่แตกต่างจากผู้สูงอายุกลุ่มอื่น อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงจากระบวนการสูงอายুর่วมกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มักจะมาด้วยเรื่องภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันโดยมีโรคประจำตัวเรื้อรังที่เป็นอยู่เดิม (acute on top problem) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุแผนกอายุรกรรม เพื่อที่จะสามารถประเมิน และป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม และไม่เกิดผลกระทบที่อาจเกิดตามมาจากการมีภาวะซึมเศร้า

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ สถานภาพสมรส) ความสามารถในการทำกิจกรรม ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ากับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม เพราะบางปัจจัยยังมีการศึกษาน้อย เช่น การรับรู้ ความรุนแรงความเจ็บป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ เป็นต้น และบางปัจจัยแม้ว่าจะมีผลการศึกษาแต่เป็นการศึกษาในสภาพแวดล้อมหรือสถานที่แตกต่างกัน และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีวัฒนธรรมแตกต่างจากประเทศไทยทั้งทางด้านขนบธรรมเนียม ประเพณี และการดำเนินชีวิต เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว เพศ ลักษณะครอบครัว เป็นต้น นอกจากนี้การให้นิยามตัวแปรและวิธีการวัดมีความแตกต่างกันออกไป รวมทั้งสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าก็ยังไม่เป็นที่แน่ชัด และในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะแตกต่างกันไป อาจทำให้อธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมได้ไม่ชัดเจน และพบว่ามีอาการต่างกันอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ไม่มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมที่เข้าพักรักษา ซึ่งมักจะมีการเจ็บป่วยทางกายที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง เพื่อจะนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการประเมินและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพที่มีอยู่ด้วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบตัดขวาง (Descriptive cross-sectional correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ สถานภาพสมรส) ความสามารถในการทำกิจกรรม ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ากับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยสูงอายุเพศชาย และเพศหญิงที่ได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรมสามัญและพิเศษ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 100 คนทำการศึกษาในระหว่างเดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2551

การคิดคำนวณขนาดตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง จากการเปิดตารางขนาดตัวอย่างสำหรับสถิติการทดสอบ Pearson's product-moment correlation (Statistical power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988: 5) ภายใต้งานกำหนดค่าต่างๆดังนี้ เป็นการทดสอบสองทาง กำหนด α เท่ากับ .05 และ Power เท่ากับ .80 กำหนดขนาดของความสัมพันธ์ที่มีอิทธิพล คือ ขนาดกลาง (medium effect size) เท่ากับ .40 ซึ่งการทบทวนการวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ขนาดของความสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลมีค่าอยู่ระหว่าง .30-.50 (จุฑารัตน์ สติปัญญา และ พรชัย สติปัญญา, 2548; ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543; เพ็ญศรี หลินसानนท์, 2543) ฉะนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจากการเปิดตารางคือ 99 คน ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 100 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 100 คน ซึ่งกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง
2. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อให้มีระยะเวลาในการประเมินใกล้เคียงกัน
3. ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร พูดภาษาไทย
4. การรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา สถานที่ที่เกิดโดยใช้แบบทดสอบสภาพจิตอย่างสั้น (The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) เพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมออกไป โดยผู้เข้าร่วมวิจัยต้องมีคะแนน 8 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน
5. ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
6. ไม่เป็นผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาเพื่อการวินิจฉัย เช่น สวนหัวใจ การทำหัตถการอื่นๆ หรือได้รับเคมีบำบัดในระยะสั้นๆ

เกณฑ์ในการคัดออก

1. ถึงแก่กรรม
2. มีอาการไม่สุขสบาย หอบเหนื่อย หรือมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป
3. ขอดอนตัวออกจากการวิจัย

สถานที่ศึกษา

หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและพิเศษ ชาย-หญิง ของวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร กระทรวงมหาดไทย เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care) และเป็นโรงเรียนแพทย์ แผนกอายุรกรรมมีจำนวนทั้งหมด 8 หอผู้ป่วย แบ่งเป็นสามัญ 4 หอผู้ป่วย และพิเศษ 4 หอผู้ป่วย รับผู้ป่วยจำนวน 168 เตียง เปิดให้บริการแก่ผู้รับบริการอายุตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป โดยมีจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 54.6 และให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรม เช่น เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคทางเดินหายใจ โรคไต เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยมีอาการตั้งแต่รุนแรงน้อยถึงรุนแรงมากที่สุดที่จำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อ (Endotracheal tube) และเครื่องช่วยหายใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้

1. แบบทดสอบสภาพจิตอย่างสั้น (The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) (ดูในภาคผนวก ข) ใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุเพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยไฟเฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 85 และมีความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 90 การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยและมีการตรวจสอบภาษาโดยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา 2 ท่าน แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนนโดยให้ผู้สูงอายุตอบคำถาม และมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ผู้สูงอายุที่ตอบคำถามได้มากกว่าหรือเท่ากับ 8 หมายถึง ไม่มีภาวะความจำบกพร่อง จะถูกเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือนี้ประเมินโดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (ดูในภาคผนวก ข) ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย การวินิจฉัยโรค/ปัญหาสุขภาพ ประวัติซึมเศร้า (ตามการรับรู้) ประเมินโดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรักษาและการสัมภาษณ์

3. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เซล
ใช้วัดหรือประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยมาโฮนี และ บาร์เซล (Mahony & Barthel, 1965) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2537) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดของมาโฮนีและบาร์เซล (Modified Barthel Activities of Daily Living Index: MBAI) แบบวัดนี้ดั้งเดิมประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามในการประเมินกิจกรรมขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล การอาบน้ำ การแต่งตัว การขึ้นลงบันได การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การใช้ห้องสุขา การเดิน และการเคลื่อนย้าย ระดับคะแนนตั้งแต่ 0-20 คะแนน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล และเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างจึงดัดกิจกรรมการขึ้น-ลง บันไดออก ดังนั้นข้อคำถามในการศึกษาครั้งนี้มี 9 ข้อ ระดับคะแนนตั้งแต่ 0-18 คะแนน แบบวัดนี้ประเมินโดยผู้วิจัย และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

3.1 กิจกรรมการเดินและการเคลื่อนย้ายมี 2 ข้อ ประเมินเป็น 4 ระดับโดย

ระดับที่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้

ระดับที่ 1 คะแนน หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นอย่างมาก

ระดับที่ 2 คะแนน หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเล็กน้อย

ระดับที่ 3 คะแนน หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง

3.2 กิจกรรมการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และการใช้ห้องสุขาหรือกระโถน ประเมินเป็น 3 ระดับโดย

ระดับที่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้

ระดับที่ 1 คะแนน หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นบ้าง

ระดับที่ 2 คะแนน หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง

3.3 กิจกรรมการอาบน้ำ และสุขวิทยาส่วนบุคคล ประเมินเป็น 2 ระดับโดย

ระดับที่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้

ระดับที่ 1 คะแนน หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง

การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ, 2537) ดังนี้

- คะแนนรวม 0-8 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย
- คะแนนรวม 9-11 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ปานกลาง

- คะแนนรวม 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

มาก

คุณภาพของเครื่องมือ

สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ (2537) ทดสอบความตรงตามสภาพของเครื่องมือนี้โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุในชุมชนแออัดคลองเตยจำนวน 703 คน เป็นหญิง 471 คน ชาย 232 คน อายุระหว่าง 60-90 ปี และหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่ประเมินโดยใช้ Barthel Activities of Daily Living Index (BAI) กับคะแนนที่ประเมินโดยใช้ Office of Population Censuses and Surveys disability measure (OPCS) ซึ่งเป็นแบบวัดความสามารถในการกระทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันมาตรฐานที่สร้างขึ้นตามการจำแนกภาวะทุพพลภาพขององค์การอนามัยโลก และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน พบว่าคะแนน BAI และ OPCS มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ($r = -.50, p < .001$) ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือ BAI เป็นเครื่องมือที่มีความตรงตามสภาพ (concurrent validity)

เครื่องมือนี้ได้มีการนำไปทดสอบความเที่ยง โดยการหาความสอดคล้องภายในโดยชาห์ แวนเคลย์ และคูเปอร์ (Shah, Vanclay, & Cooper, 1989) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 258 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92

สำหรับในประเทศไทย สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ (2537) ได้ใช้เครื่องมือนี้ศึกษาในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนคลองเตย ทดสอบหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 และนอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ สุวรรณี มหาภานันท์ (2538) ได้ใช้เครื่องมือนี้ประเมินในผู้ป่วยสูงอายุ ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .95 รวมทั้งจากการศึกษาของ พรเพ็ญ สำเภา (2548) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 96 คน ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการนำไปทดสอบกับผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 20 คน ที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 และในกลุ่มตัวอย่าง 100 คน เท่ากับ .85

4. แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย (ดูในภาคผนวก ข) ใช้วัดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Perceived Severity of Illness) ประเมินโดยผู้ป่วยสูงอายุด้วยการบอกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือของ สมพร รัตนพันธ์ (2541) ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรงจาก 0-100 (Linear analog scale) โดยแบ่งมาตราส่วนเป็น 10 ส่วนเท่าๆกัน โดยคะแนนต่ำ หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับน้อย และคะแนนที่มาก หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับรุนแรงมาก แบบวัดนี้ประเมินโดยผู้วิจัยสัมภาษณ์

5. The Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II)

(ดูในภาคผนวก ข) ใช้ประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ (Physiologic Severity of Illness) และประเมินโดยผู้วิจัย ซึ่งเครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย Knaus และคณะ (1985) เพื่อใช้วัดความรุนแรงของความเจ็บป่วยซึ่งตั้งเดิมค่าคะแนนของ APACHE II มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-71 คะแนน ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบใหญ่ๆได้แก่ 1) อายุ (Age) 2) คะแนนของปัจจัยด้านสรีระภายใน 24 ชั่วโมง (Acute Physiology score) 3) ภาวะสุขภาพเรื้อรัง แต่ในการศึกษาครั้งนี้อายุถูกแยกออกไปเป็นอีกตัวแปรหนึ่ง ดังนั้น APACHE II จึงมี 2 องค์ประกอบได้แก่ 1) คะแนนของปัจจัยด้านสรีระภายใน 24 ชั่วโมง (Acute Physiology score) มีทั้งหมด 12 ตัวแปรซึ่งประกอบด้วย อุณหภูมิร่างกาย ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ความเป็นกรด – ด่างของเลือด ระดับโซเดียมในเลือด ระดับโพแทสเซียมในเลือด ระดับครีเอตินินในเลือด ความเข้มข้นของเลือด เม็ดเลือดขาว และ Glasgow Coma Score (GCS) 2) ภาวะสุขภาพเรื้อรังก่อนจะได้รับการประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Chronic Health Evaluation) คะแนนที่ได้คำนวณโดยนำคะแนนของ 2 องค์ประกอบมารวมกันดังนี้

คะแนน APACHE II = Acute Physiology score + Chronic Health score

หมายเหตุ เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละองค์ประกอบดูในภาคผนวก ข ท้ายบท

ระดับคะแนนจาก 0-65 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมสูง หมายถึง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยมาก

คุณภาพของเครื่องมือ

วัตถุประสงค์เริ่มต้นในการใช้ APACHE II คือ การทำนายอัตราการตายในโรงพยาบาล ซึ่งนับว่าเป็นมาตรฐานที่สำคัญ ในระบบของการจำแนกความรุนแรงของความเจ็บป่วยในโรงพยาบาล เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย นอส และคณะ (1985) ซึ่งได้ทดสอบความตรงของเครื่องมือนี้โดยนำไปทดสอบเกี่ยวกับอัตราการตายในโรงพยาบาลในกลุ่มที่รับไว้ในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) จาก 13 โรงพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ ทดสอบความเที่ยงโดยหาความสอดคล้องภายใน และความสอดคล้องตรงกันระหว่างการวัดที่ได้จากผู้ประเมินหลายคนได้ร้อยละ 96 สำหรับข้อมูลด้านสรีระทั้งหมด ผลของการหาความตรงของปัจจัยด้านสรีระทั้ง 12 ตัวแปรได้ร้อยละ 87 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 5,815 ราย นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยทางอายุรกรรมมีการกระจายของคะแนนมาก เพราะส่วนใหญ่ต้องเข้ารับการรักษาฉุกเฉินจากความเจ็บป่วยที่เฉียบพลัน ซึ่งพบที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับคะแนน APACHE II และได้สังเกตอัตราการตายในโรงพยาบาลพบว่า มีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับทุกๆ 5 คะแนนที่เพิ่มขึ้นของ APACHE II อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ นอส และคณะ (Knaus et al. 1985) แนะนำว่าควรใช้ตัวแปรปัจจัยทางด้านสรีระทั้ง 12 ตัวแปร และภาวะสุขภาพเรื้อรังที่มีอยู่ก่อน เพื่อแสดงถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เสียชีวิตหรือเจ็บป่วยเฉียบพลันจากโรคเรื้อรังที่มีอยู่ (Knaus et al., 1985: 827) และนอกจากนี้ยังแนะนำว่า APACHE II ไม่เพียงแต่ใช้ในการทำนายอัตราการตายและการรอดชีวิตเท่านั้น เครื่องมือนี้ยังมีประโยชน์ในการติดตามคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตอื่นๆได้ เพื่อที่จะใช้เปรียบเทียบผลลัพธ์อื่นๆในการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆต่อไป เช่น ในการศึกษาของนุชนาฏ แก้วสว่าง (2548) ได้มีการนำเครื่องมือนี้ไปใช้เพื่อวัดความรุนแรงของความเจ็บป่วย ในการศึกษาปัจจัยทำนายจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยนำไปทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องตรงกันระหว่างผู้ประเมิน 2 คน (Inter-rater agreement) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงของการสังเกตระหว่างคะแนนที่ประเมินโดยผู้วิจัยและพยาบาล ในผู้สูงอายุที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ได้ค่าความเที่ยง (Inter-rater agreement) เท่ากับ .85

6. แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว (คูในภาคผนวก ข) ใช้แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย พวงผกา ชื่นแสงเนตร (2538) ซึ่งได้สร้างมาจากกรอบแนวคิดของไฟร์ดแมน (Friedman, 1986) และ มอร์โรว์ และวิลสัน (Morrow & Wilson, 1961) เครื่องมือนี้ใช้วัดความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว แบบวัดนี้ประเมินโดยการสัมภาษณ์ ซึ่งได้แก่ ความรักและความเอาใจใส่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ความเคารพระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ความสามัคคีระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ความผ่อนคลายระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามทางบวกมีจำนวน 12 ข้อ และข้อคำถามทางลบมีจำนวน 3 ข้อ โดยคำตอบแต่ละข้อคำถามมีให้เลือก 3 คำตอบคือ “ใช่” “ไม่แน่ใจ” “ไม่ใช่” มีรายละเอียดของการให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามทางบวก (ข้อ 1-4, 6, 8-11, และ 13-15)		ข้อคำถามทางลบ (ข้อ 5, 7, และ 12)	
ไม่ใช่	1		3
ไม่แน่ใจ	2		2
ใช่	3		1

คะแนนรวมต่ำสุด ถึงสูงสุด คือ 15-45 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมมาก หมายถึงสัมพันธภาพในครอบครัวดี การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ (Bloom อ้างถึงใน พวงผกา ชื่นแสงเนตร, 2538) ดังนี้

- คะแนนน้อยกว่า 60 % (15-26 คะแนน) หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี
- คะแนนอยู่ระหว่าง 60 % - 80% (27-36 คะแนน) หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวปานกลาง
- คะแนนมากกว่า 80 % (37-45 คะแนน) หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวดีมาก

คุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือนี้ถูกนำมาใช้โดยพวงผกา ชื่นแสงเนตร (2538) ซึ่งตรวจสอบความตรงในเนื้อหาในเรื่องความเกี่ยวข้องและความสอดคล้องภายในโดยผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน และได้นำไปทดสอบหาความเที่ยงโดยประเมินในผู้สูงอายุ 30 คน ที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 และจากการศึกษาของ ชัดเจน จันทพัฒน์ (2543) ได้นำไปทดสอบหาความเที่ยงโดยประเมินในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 120 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ พรเพ็ญสำเภา (2548) ได้ใช้เครื่องมือนี้ประเมินในผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 96 คน โดยนำไปทดสอบหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการนำไปทดสอบกับผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 20 คน ที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ทดสอบหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94 และในกลุ่มตัวอย่าง 100 คน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .77

7. แบบประเมินจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (ดูในภาคผนวก ข) ใช้ประเมินจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยสูงอายุในขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบประเมินนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยสรุปมาจากการทบทวนวรรณกรรมของเคอโลวิทซ์ (Kurlowicz, 1997), มิลเลอร์ (Miller, 1999), และแพทเทนและเลิฟ (Patten & Love, 1997 as cited in Sable et al., 2002) แบบวัดนี้ประกอบด้วยยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 9 กลุ่มได้แก่ กลุ่ม Antihypertensive drugs, Analgesic drugs (Narcotic), Analgesic drugs (Non-narcotic), Antidepressant drugs, Corticosteroids, Antimicrobials, Benzodiazepines, Sedative drugs, และกลุ่มอื่นๆ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินนี้ไปทดสอบหาความตรงและความเที่ยงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ เกศษกร 2 ท่านและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน จากนั้นปรับแก้ตามคำแนะนำเมื่อผ่านการเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จึงนำไปใช้กับผู้สูงอายุ ประเมินโดยผู้วิจัยโดยใช้ข้อมูลทางคลินิกจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย จากนั้นนับจำนวนยาตามที่ผู้ป่วยได้รับ

8. แบบวัดภาวะซึมเศร้า (ดูในภาคผนวก ข) ใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ของนิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2537) ซึ่งพัฒนาและดัดแปลงมาจากแบบวัดความเศร้าของเยสซาเวจและคณะ (Yesavage et al., 1983) ได้มีการหาความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญและทดสอบหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .83 โดยประเมินในผู้สูงอายุ 30 คนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบวัดนี้ใช้สำหรับให้ผู้สูงอายุประเมินด้วยตนเอง และ/หรือโดยการสัมภาษณ์ แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ข้อคำถามทางบวกมี 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, และ 30 ในการประเมินค่าของคะแนนข้อคำถามทางบวกถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน และถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 0 คะแนน สำหรับข้อคำถามทางลบมี 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26, และ 28 ในการประเมินค่าของคะแนนข้อคำถามทางลบถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน และถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 0 คะแนน แล้วนับคะแนนในทุกข้อคำถามทั้ง 30 ข้อรวมกัน ระดับคะแนนตั้งแต่ 0-30 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ของแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับโดย นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2537) ดังนี้

- คะแนน 0 - 12 คะแนน หมายถึง ปกติ / ไม่มีภาวะซึมเศร้า

- คะแนน 13 - 18 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression)
- คะแนน 19 - 24 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression)
- คะแนน 25 -30 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้ารุนแรง (severe depression)

คุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือนี้ทดสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 29 ท่าน จากกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในประเทศไทยจำนวน 14 สถาบัน และนิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2537) โดยได้นำแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยไปทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 275 ราย จาก 14 สถาบันในประเทศไทย อายุระหว่าง 60-70 ปี เป็นชาย 121 ราย หญิง 154 ราย ได้ค่าความเที่ยงในเพศชาย และเพศหญิงเท่ากับ .94 และ .91 ตามลำดับ ความเที่ยงรวม .93 จากการทบทวนงานวิจัย พบว่าชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ได้นำแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยไปทดสอบความเที่ยงกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจำนวน 120 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของอรุณี นาคะพงศ์ (2538) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 131 ราย และการศึกษาของพรเพ็ญ ลำเภา (2548) ที่ศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 96 ราย ทดสอบหาความเที่ยง และได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 และ .90 ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการนำไปทดสอบกับผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 20 คน ที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ทดสอบหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 และในกลุ่มตัวอย่าง 100 คนมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .66

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยต้องได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร และมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และมีเอกสารเพื่อให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเวลาหากต้องการ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย การนำ

ข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าผู้วิจัยได้แจ้งให้พยาบาลประจำการทราบเพื่อให้การดูแลและการส่งต่อที่เหมาะสมต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังนี้

- 1) ทำหนังสือขออนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และจากคณะกรรมการการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร
- 2) เมื่อได้รับการอนุมัติในการทำวิจัย ผู้วิจัยนำจดหมายส่งถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุมัติแล้วจึงดำเนินการตามขั้นตอน
- 3) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการ และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าตึกต่างๆที่มีกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษา
- 4) ผู้วิจัยตรวจสอบทะเบียนผู้ป่วยของหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษและสามัญ ของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลจากแฟ้มประวัติและคอมพิวเตอร์ทุกวัน เพื่อที่จะตรวจสอบคุณสมบัติตามที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง
- 5) ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการแนะนำตัว ขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิที่ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา หากผู้ป่วยสูงอายุยินดียินยอมร่วมในการวิจัย โดยการกล่าวยินยอมด้วยวาจาและเซ็นยินยอม ผู้วิจัยจะเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 6) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ และเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมรวมถึงผ่านการคัดกรองโดยแบบทดสอบสภาพจิตอย่างสั้นประเมินโดยผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล ความสามารถในการทำกิจกรรม การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยสัมพันธภาพในครอบครัว และประเมินภาวะซึมเศร้า ส่วนการประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้ข้อมูลทางคลินิกจากแฟ้มประวัติการรักษา ทั้งนี้ในการตอบแบบสอบถามจะใช้ระยะเวลาประมาณ 60-90 นาที ต่อผู้ร่วมวิจัย 1 คน

8) ภายหลังจากที่ผู้ป่วยสูงอายุตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทันที และแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ รวมทั้งตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง ก่อนจะนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย การมีโรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพ ประวัติซึมเศร้า ประวัติการได้รับยาในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวนชนิดของยาที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับ ใช้การแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ
2. ตัวแปรในการศึกษา ได้แก่ อายุ ความสามารถในการทำกิจกรรม การรับรู้ความรู้แรงของความเจ็บป่วย ความรู้แรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ สัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะซึมเศร้า ใช้สถิติบรรยาย เช่น พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น รวมทั้งใช้การแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ว่ามีการกระจายแบบปกติโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test ดังนี้ ในตัวแปรที่มีการกระจายแบบปกติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) ได้แก่ อายุ ความรู้แรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม ส่วนตัวแปรที่ไม่มีการกระจายแบบปกติ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม การรับรู้ความรู้แรงของความความรู้แรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank correlation) โดยในการศึกษานี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05
3. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างตัวแปรเพศและสถานภาพสมรสด้วย t-test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบตัดขวาง (Descriptive cross-sectional correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ สถานภาพสมรส) ความสามารถในการทำกิจกรรม ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ากับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยสูงอายุเพศชาย และเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมสามัญและพิเศษ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 100 ราย ทำการศึกษาในระหว่างเดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2551 ได้ผลการวิจัยซึ่งนำเสนอในรูปแบบการบรรยายประกอบตารางตามลำดับดังต่อไปนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยผู้ป่วยสูงอายุเพศชาย และเพศหญิงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมสามัญและพิเศษ โดยมีผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 100 ราย ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่มีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัย ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 100 รายตามจำนวนที่ต้องการ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นเพศชายและเพศหญิงร้อยละ 50 ซึ่งเท่ากัน อายุต่ำสุดเท่ากับ 60 ปี สูงสุดเท่ากับ 88 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 72.15 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.44 มีอายุระหว่าง 60-74 ปีคิดเป็นร้อยละ 57 อายุระหว่าง 75-84 ปีคิดเป็นร้อยละ 40 และร้อยละ 3 มีอายุ 85 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 66 รองลงมาคือหม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 30 และโสดคิดเป็นร้อยละ 4 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 59 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 21 ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่าคิดเป็นร้อยละ 10 และไม่ได้รับการศึกษาคิดเป็นร้อยละ 5 นอกจากนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

คิดเป็นร้อยละ 74 ประกอบอาชีพอื่นๆ เช่น กิจการส่วนตัว แม่บ้าน พระภิกษุ เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 12 และประกอบอาชีพค้าขาย รับจ้าง และเกษตรกรรมคิดเป็นร้อยละ 6, 5, และ 3 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มากกว่า 6,000 บาท และอยู่ระหว่าง 4,001- 6,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 38 และร้อยละ 32 ตามลำดับ ซึ่งรายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาจากบุตรหลานร้อยละ 72 รองลงมาจะมาจากเงินบำนาญร้อยละ 19 ที่เหลือจะมาจากญาติพี่น้อง ค่าเช่า ทำงาน และเงินเก็บในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน รายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพียงพอร้อยละ 87 และร้อยละ 13 ที่รายได้ไม่เพียงพอ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลานคิดเป็นร้อยละ 43 และอาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตรหลานร้อยละ 39 ซึ่งเป็นจำนวนที่ใกล้เคียงกัน อาศัยอยู่กับคู่สมรสคิดเป็นร้อยละ 13 อยู่คนเดียวคิดเป็นร้อยละ 2 และอื่นๆ ได้แก่ อาศัยอยู่วัด และอยู่กับพี่สาว ร้อยละ 3 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (N= 100)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	Min-Max	M	SD	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	60-88	72.15	7.44		
60-74				57	57
75-84				40	40
≥ 85				3	3
เพศ					
ชาย				50	50
หญิง				50	50
สถานภาพสมรส					
คู่				66	66
โสด/หม้าย/หย่า/แยก				34	34
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้รับการศึกษา				5	5
ประถมศึกษา				59	59
มัธยมศึกษา				21	21
ประกาศนียบัตร				5	5
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า				10	10

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	Min-Max	M	SD	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ				74	74
ค้าขาย				6	6
รับจ้างทั่วไป				5	5
เกษตรกรกรรม				3	3
อื่นๆ (แม่บ้าน พระ)				12	12
รายได้ต่อเดือน (บาท)					
$\leq 2,000$				17	17
2,001- 4,000				13	13
4,001- 6,000				32	32
$\geq 6,000$				38	38
แหล่งที่มาของรายได้					
บุตร/หลาน				72	72
เงินบำนาญ				19	19
ทำงาน				4	4
เงินเก็บและอื่นๆ				3	3
ญาติพี่น้อง				1	1
ค่าเช่า/ดอกเบี้ย				1	1
ความเพียงพอรายได้					
เพียงพอ				87	87
ไม่เพียงพอ				13	13
ลักษณะการอยู่อาศัย					
อยู่กับบุตรหลาน				43	43
อยู่กับคู่สมรส/บุตรหลาน				39	39
อยู่กับคู่สมรส				13	13
อื่นๆ (วัด พี่สาว)				3	3
อยู่คนเดียว				2	2

ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 98 และร้อยละ 2 ไม่มีโรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว/ปัญหาสุขภาพมากกว่า 1 อย่างเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 (S.D. =2.04) ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 58 รองลงมาคือ หัวใจ เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 52 และร้อยละ 50 โรคไตพบร้อยละ 21 ไขมันในเลือดสูง นอนไม่หลับ กระดูกและข้อพบใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 19) ปวดเมื่อยตามร่างกาย ต่อมน้ำลายโต และเหนื่อยง่ายพบใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 12) และมะเร็ง (ร้อยละ 9) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7 มีปัญหาสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ ไข้เลือดออก ลมชัก ภูมิแพ้

เมื่อวิเคราะห์เกี่ยวกับประวัติซึมเศร้าและการได้รับยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97) ไม่มีประวัติซึมเศร้า (ตามการรับรู้) และส่วนใหญ่ได้รับยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 88 ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่า 1 ชนิด เฉลี่ยเท่ากับ 2.19 (S.D.=1.80) ได้รับมากที่สุดคือ 8 ชนิด ยาที่ได้รับมากที่สุดคือ ยาในกลุ่ม Antihypertensive drugs (ร้อยละ 60) ยาในกลุ่ม Antihypertensive drugs ที่ได้รับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 27 คือ Angiotensin-converting enzyme inhibitors (เช่น enalapril, captopril, และ ramipril) รองลงมาคือ propranolol, hydralazine และ reserpine ยาในกลุ่ม Analgesic drugs (narcotic) ที่ได้รับมากที่สุดคือ morphine (ร้อยละ 6) ซึ่งยาในกลุ่ม Analgesic drugs (non-narcotic) ได้แก่ กลุ่ม non steroid anti-inflammatory drugs (NSAIDs) ได้รับร้อยละ 15 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ได้รับยาในกลุ่ม Benzodiazepines (เช่น diazepam และ lorazepam) และร้อยละ 27 ได้รับยาในกลุ่ม Corticosteroids (เช่น dexamethasone และ prednisolone) ส่วนยาในกลุ่ม Antidepressant drugs ได้แก่ ยา fluoxetine, fluvoxamine, และ nefazodone (ร้อยละ 8) ยาในกลุ่ม Antimicrobial drugs ได้แก่ ยา metronidazole, sulfonamide, ampicillin, และ streptomycin (ร้อยละ 24) ส่วนยาในกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ cancer chemotherapeutic agents, metoclopramide, digoxin และ carbamazepine (ร้อยละ 30) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (N=100)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	Min-Max	M	SD	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว					
มี				98	98
ไม่มี				2	2
โรคประจำตัว/ ปัญหาสุขภาพ*					
ความดันโลหิตสูง				58	58
หัวใจ				52	52
เบาหวาน				50	50
ไต				21	21
ไขมันในเลือดสูง				19	19
นอนไม่หลับ				18	18
กระดูกและข้อ				15	15
ปวดเมื่อยตามร่างกาย				12	12
ต่อมลูกหมากโต				11	11
เหนื่อยง่าย				11	11
หอบหืด				9	9
มะเร็ง				9	9
ท้องผูก				7	7
โลหิตจาง				6	6
ตับ				6	6
การมองเห็นผิดปกติ				6	6
หู				5	5
อัมพาต				4	4
ชาปลายมือ-เท้า				4	4
กระเพาะอาหาร				4	4
รัยรอยด์เป็นพิษ				4	4
เบื่ออาหาร				3	3

* ผู้ป่วยสูงอายุ 1 ราย อาจมีโรคประจำตัว/ ปัญหาสุขภาพมากกว่า 1 อย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	Min-Max	M	SD	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว/ ปัญหาสุขภาพ*					
คันตามผิวหนัง				2	2
เครียด				1	1
ริดสีดวงทวาร				1	1
อื่นๆ (ไส้เลื่อน ลมชัก)				7	7
จำนวนปัญหาสุขภาพ	0-10	3.52	2.04		
ประวัติซึมเศร้า(ตามการรับรู้)					
ไม่มี				97	97
มี				3	3
ได้รับยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า					
ได้รับ				88	88
ไม่ได้รับ				12	12
จำนวนชนิดยาที่ได้รับ**	0-8	2.19	1.80		
Antihypertensive drugs					
Angiotensin-converting enzyme inhibitors				27	27
Propranolol				19	19
Hydralazine				12	12
Reserpine				2	2
Analgesic drugs (Narcotic)					
Morphine				6	6
Propoxyphene				1	1
Codeine				1	1

* ผู้ป่วยสูงอายุ 1 ราย อาจมีโรคประจำตัว/ ปัญหาสุขภาพมากกว่า 1 อย่าง

**ผู้ป่วยสูงอายุ 1 ราย อาจได้รับยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	Min-Max	M	SD	จำนวน	ร้อยละ
ยาที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับ**					
Analgesic drugs					
(Non-narcotic)					
กลุ่ม NSAIDs***				15	15
Antidepressant drugs					
Fluoxetine				5	5
Fluvoxamine				2	2
Nefazodone				1	1
Corticosteroids					
Dexamethasone				13	13
Prednisolone				11	11
Benzodiazepines					
Diazepam				27	27
Lorazepam				23	23
Antimicrobial drugs					
Metronidazole				12	12
Sulfonamide				5	5
Ampicillin				4	4
Streptomycin				3	3
Sedative drugs					
				0	0
Other drugs					
Cancer chemotherapeutic agents				12	12
Metoclopramide				9	9
Digoxin				8	8
Carbamazepine				1	1

หมายเหตุ ** ผู้ป่วยสูงอายุ 1 ราย อาจได้รับยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่า 1 ชนิด

*** NSAIDs = non steroid anti-inflammatory drugs

ลักษณะของตัวแปรในการศึกษา

ตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความสามารถในการทำกิจกรรม การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระสัมพันธ์ภาพในครอบครัว จำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-88 ปี มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 72.15 (S.D.=7.44) คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมตั้งแต่ 3-18 จากคะแนนเต็ม 18 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 14.89 (S.D.=3.83) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจกรรมในระดับดีมาก คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตั้งแต่ 0-100 (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) มีค่าเฉลี่ย 58.50 (S.D.=21.53) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความรุนแรงปานกลาง คะแนนความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระตั้งแต่ 0-25 (คะแนนเต็ม 65 คะแนน) มีค่าเฉลี่ย 8.02 (S.D.=5.63) ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระน้อย จำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 0-8 เฉลี่ยเท่ากับ 2.19 (S.D.=1.80) หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยามากกว่า 1 ชนิด คะแนนสัมพันธ์ภาพในครอบครัวตั้งแต่ 22-45 (คะแนนเต็ม 45 คะแนน) มีค่าเฉลี่ย 40.28 (S.D.=2.53) หมายความว่า สัมพันธ์ภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 4-29 (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) ค่าเฉลี่ย 15.47 (S.D.=4.26) หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (mild depression)

นอกจากนี้ ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ว่าตัวแปรมีการกระจายแบบปกติโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ตัวแปรที่มีการกระจายแบบปกติ (normal distribution) ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนตัวแปรที่มีการกระจายแบบไม่ปกติ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม การรับรู้ความรุนแรงของความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธ์ภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ (N= 100)

ตัวแปร	คะแนน แบบ ประเมิน	คะแนน ที่วัดได้	M	SD	การ แปลผล	p-value (KS- test*)
อายุ	≥ 60	60-88	72.15	7.44	young-old	> .05
ความสามารถในการทำ กิจกรรม	0-18	3-18	14.89	3.83	ดีมาก	< .01
การรับรู้ความรุนแรงของ ความเจ็บป่วย	0-100	0-100	58.50	21.53	ปานกลาง	< .01
ความรุนแรงของความ เจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้าน สรีระ**	0-65	0-25	8.02	5.63	น้อย	> .05
สัมพันธภาพในครอบครัว	15-45	22-45	40.28	2.53	ดีมาก	< .01
จำนวนชนิดของยาที่อยู่ใน กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า	-	0-8	2.19	1.80	-	< .01
ภาวะซึมเศร้า***	0-30	4-29	15.47	4.26	เล็กน้อย	> .05

หมายเหตุ * KS- test (Kolmogorov-Smirnov test), ** ประเมินโดย APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II), *** ประเมินโดย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale)

เมื่อจำแนกลักษณะของตัวแปรในการศึกษาตามเพศพบว่า เพศชายมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 71.94 (S.D.= 7.91) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมเท่ากับ 15.26 (S.D.= 3.57) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยเท่ากับ 56.40 (S.D.= 20.58) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระเท่ากับ 7.28 (S.D.= 5.57) ค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวเท่ากับ 40.62 (S.D.= 1.81) ค่าเฉลี่ยจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 1.94 (S.D.= 1.33) และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 16.74 (S.D.= 4.19) ส่วนในเพศหญิงมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 72.36 (S.D.= 7.01) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมเท่ากับ 14.52 (S.D.= 4.07) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยเท่ากับ 60.60 (S.D.= 22.44) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระเท่ากับ 8.76 (S.D.= 5.65) ค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวเท่ากับ 39.94 (S.D.= 3.07) ค่าเฉลี่ยจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 2.44 (S.D.= 2.15) และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะ

ซึมเศร้าเท่ากับ 14.30 (S.D.= 3.93) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับดีมาก การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระอยู่ในระดับน้อย สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก และมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรในการศึกษาเมื่อจำแนกตามเพศ (N=100)

ตัวแปร	เพศชาย		เพศหญิง	
	M	SD	M	SD
อายุ	71.94	7.91	72.36	7.01
ความสามารถในการทำกิจกรรม	15.26	3.57	14.52	4.07
การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย	56.40	20.58	60.60	22.44
ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ	7.28	5.57	8.76	5.65
สัมพันธภาพในครอบครัว	40.62	1.81	39.94	3.07
จำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า	1.94	1.33	2.44	2.14
ภาวะซึมเศร้า	16.74	4.19	14.30	3.93

ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรในการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 80) รองลงมาอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 11) และร้อยละ 9 มีความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง สัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมากร้อยละ 99 และร้อยละ 1 ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี จำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่ได้รับยา 1-3 ชนิด (ร้อยละ 69) และร้อยละ 19 ได้รับยา 4 ชนิดขึ้นไป ไม่ได้รับยาร้อยละ 12 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 79 โดยที่ส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 58) รองลงมาจะมีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง (ร้อยละ 19) และร้อยละ 2 มีระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 21 ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของตัวแปรในการศึกษา (N= 100)

ตัวแปรในการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการทำกิจกรรม*		
น้อย (0-8 คะแนน)	11	11
ปานกลาง (9-11 คะแนน)	9	9
ดีมาก (12-18 คะแนน)	80	80
สัมพันธภาพในครอบครัว**		
ไม่ดี (15-26 คะแนน)	1	1
ปานกลาง (27-36 คะแนน)	0	0
ดีมาก (37-45 คะแนน)	99	99
จำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า		
0 ชนิด	12	12
1-3 ชนิด	69	69
4-6 ชนิด	14	14
≥ 7 ชนิด	5	5
ภาวะซึมเศร้า***		
ปกติ/ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-12 คะแนน)	21	21
ซึมเศร้าเล็กน้อย (13-18 คะแนน)	58	58
ซึมเศร้าปานกลาง (19-24 คะแนน)	19	19
ซึมเศร้ารุนแรง (25 -30 คะแนน)	2	2

หมายเหตุ * ประเมินโดยเครื่องมือแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์ธล,

** ประเมินโดยเครื่องมือแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว, *** ประเมินโดยเครื่องมือแบบวัดภาวะซึมเศร้า (TGDS)

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 เพศ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

สมมติฐานข้อที่ 2 ความสามารถในการทำกิจกรรม และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ

สมมติฐานข้อที่ 3 อายุ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 3.11, df = 98, p < .01$) และค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างสถานภาพสมรสคู่กับโสด/ หม้าย/ หย่า/ แยก ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.29, df = 98, p > .05$) (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างเพศและสถานภาพสมรสด้วย t-test

ตัวแปร	M	S.D.	t	p-value
เพศ			3.11	< .01
ชาย	16.74	4.19		
หญิง	14.20	3.97		
สถานภาพสมรส			-1.29	> .05
คู่	15.86	4.16		
โสด/ หม้าย/ หย่า/ แยก	14.71	4.41		

นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในขนาดปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = .43$) ในทางตรงกันข้ามปัจจัยอื่นๆซึ่งได้แก่ อายุ ความสามารถในการทำกิจกรรม ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรมด้วยขนาดเท่ากับ .01, .10, .05, .07, และ .04 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ดังตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาและคะแนนภาวะซึมเศร้า (N=100)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	
	ค่าสถิติ	p- value
1. อายุ	$r = -.001$	.995
2. ความสามารถในการทำกิจกรรม	$r_s = .105$	.298
3. การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย	$r = .428$	.001
4. ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ	$r = -.052$	.609
5. สัมพันธภาพในครอบครัว	$r_s = .073$	.470
6. จำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า	$r_s = .043$	.668

หมายเหตุ r = Pearson product moment correlation, r_s = Spearman rank correlation

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบตัดขวาง (Descriptive cross-sectional correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ สถานภาพสมรส) ความสามารถในการทำกิจกรรม ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ากับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมสามัญและพิเศษ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในช่วงเวลาดังแต่เดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2551 และมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ในบทนี้เป็นการอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ซึ่งพบว่าเป็น เพศชายและเพศหญิงมีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 50) ทั้งนี้เพราะในการศึกษาค้นคว้านี้เลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และพบว่าเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนก อายุรกรรมสามัญและพิเศษ มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันมาก อายุระหว่าง 60-88 ปี อายุเฉลี่ย 72.15 ปี เกินครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาส่วนใหญ่คือ ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 59) รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา และระดับปริญญาตรีขึ้นไป ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่ศึกษาในชนบทที่ พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 73) และไม่ได้เรียน (ร้อยละ 20) (พร เพ็ญ ลำภา, 2548) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นผู้สูงอายุในเมืองซึ่งแตกต่างจาก ในชนบท นอกจากนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 74) อีกร้อยละ 12 ที่ประกอบอาชีพ อื่นๆได้แก่ กิจการส่วนตัว แม่บ้าน รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มากกว่า 6,000 บาท และอยู่ระหว่าง 4,001-6,000 บาท (ร้อยละ 38 และร้อยละ 32) ซึ่งใกล้เคียงกัน แต่ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนใหญ่ก็มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 87) และพบว่ารายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตรหลาน (ร้อยละ 72) นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุส่วนมากร้อยละ 43 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน และอีกร้อยละ 39 อาศัยอยู่กับคู่ สมรส / บุตรหลานซึ่งใกล้เคียงกัน มีเพียงร้อยละ 2 ที่อาศัยอยู่คนเดียว ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาที่ผ่านมา (เกริกชัย พิชัย, 2546; ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543; พรเพ็ญ ลำภา, 2548) นั้นแสดงให้เห็นว่าถึงแม้ผู้สูงอายุจะไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่รายได้ก็เพียงพอและส่วนใหญ่ก็จะมาจากบุตรหลาน ซึ่งในสังคมไทยนับว่าเป็นการตอบแทนบุญคุณหรือแสดงถึงความกตัญญูต่อผู้ที่ที่มีต่อผู้มีพระคุณ และรายได้ส่วนใหญ่ก็เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพอาจเนื่องมาจากอายุที่มากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามวัยที่มากขึ้นทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน และสังคมไทยก็มีค่านิยมที่ไม่อยากให้ผู้สูงอายุทำงานเมื่อมีอายุมากขึ้นก็มักจะให้ผู้สูงอายุอยู่บ้าน และจากการสำรวจข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันปีพ.ศ. 2538 พบว่า กิจกรรมครัวเรือนที่ผู้สูงอายุทำมากที่สุดคือ เฝ้าบ้าน ร้อยละ 68.5 (นภาพร ชโยวรรณ, 2542)

ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ มีความคล้ายคลึงหรือสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ดังเช่นการศึกษาของเกริกชัย พิชัย (2546) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากร้อยละ 61.4 มีสถานภาพสมรส ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ร้อยละ 50.5 และร้อยละ 48.8 มีรายได้ 5,001-10,000 บาทซึ่งเพียงพอถึงร้อยละ 88.3 รวมทั้งแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ก็มาจากคู่สมรส บุตรหลานเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) และพรเพ็ญ ลำภา (2548) จากผลการวิจัยดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นผู้สูงอายุมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันในหลายลักษณะ เช่น สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และลักษณะการอยู่อาศัย เป็นต้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสังคมไทยส่วนใหญ่ยังเป็นครอบครัวขยาย (extended family) ที่มีลักษณะการอาศัยอยู่ร่วมกันหลายคนได้แก่ ปู่-ย่า ตา-ยาย พ่อ-แม่-ลูก ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะอยู่กันลักษณะของครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นก็ตาม แต่ส่วนใหญ่ก็ยังมีการไปเยี่ยมเยียนกันอยู่เป็นประจำโดยเฉพาะกิจกรรมวันสำคัญต่างๆเช่น วันสงกรานต์ วันขึ้นปีใหม่ เป็นต้น รวมถึงการที่รายได้ส่วนใหญ่จะมาจากบุตรหลาน อาจเป็นเพราะสังคมไทยถือว่าเป็นแสดงความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ ในด้านศาสนาและขนบธรรมเนียมประเพณีผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประกอบพิธีการที่สำคัญ ซึ่งจะเห็นได้จากทุกๆปียังคงมีเทศกาล งานบุญ และประเพณีต่างๆของแต่ละท้องถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทสำคัญในการเป็นแบบอย่างที่ดีต่อครอบครัวและสังคม (สิริสุดา ชาวคำเขต, 2545)

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมสามัญและพิเศษ เกือบทั้งหมดมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 98) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว/ ปัญหาสุขภาพมากกว่า 1 อย่าง เฉลี่ยเท่ากับ 3.52 ซึ่งโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพที่พบส่วนใหญ่คือ ความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ หัวใจ และเบาหวาน ซึ่งพบใกล้เคียงกันคือ (ร้อยละ 50) ส่วนโรคไต ไช้มันในเลือดสูง นอนไม่หลับ กระดูกและข้อพบใกล้เคียง

(ร้อยละ 19) และปัญหาปวดเมื่อยตามร่างกาย ต่อมลูกหมากโต และเหนื่อยง่ายพบใกล้เคียงกัน คือ (ร้อยละ 12) เกือบทั้งหมดร้อยละ 97 ไม่มีประวัติซึมเศร้า (ตามการรับรู้) และส่วนใหญ่ได้รับยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 88) ซึ่งผู้สูงอายุได้รับยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า มากกว่า 1 ชนิด เฉลี่ยเท่ากับ 2.19 ซึ่งยาที่ได้รับมากที่สุดคือ ยาในกลุ่ม Antihypertensive drugs (ร้อยละ 60) รองลงมาได้แก่ ยาในกลุ่ม Benzodiazepines (เช่น diazepam และ lorazepam) ยาในกลุ่ม Corticosteroids (เช่น dexamethasone, prednisolone) และยาในกลุ่ม Antimicrobial drugs ตามลำดับ รวมไปถึงยาในกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ cancer chemotherapeutic agents, metoclopramide, digoxin, และ carbamazepine

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักจะมี ปัญหาสุขภาพมากกว่า 1 อย่าง และโรคประจำตัวที่พบบ่อยก็คือ ความดันโลหิตสูง หัวใจ เบาหวาน อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่เกิดขึ้นตามวัย เช่น ระบบการไหลเวียน เลือด ระบบหายใจ และตับ ไต เป็นต้น ทำให้มีความต้านทานต่อโรคต่างๆลดลง ส่งผลให้มีโรคต่างๆเกิดขึ้นมากมายโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง ข้ออักเสบ โรคความดันโลหิตสูง ข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคเบาหวาน โรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดในสมองตีบ (บรรลุ ศิริพานิช, 2544; Eliopoulos, 1993; Miller, 1999) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะ เห็นได้ว่ายาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าที่ได้รับมาก ก็มีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของ ผู้สูงอายุ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเกริกชัย พิชัย (2546) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมพบว่า โรคประจำตัวที่พบ มากในผู้สูงอายุคือ โรคหัวใจ (ร้อยละ 44.5) รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน และมี ปัญหาสุขภาพมากกว่า 1 อย่าง และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 97) รวมไปถึง การศึกษาของพิมพ์พรรณ ภู่งรุ่งเรืองผล (2548) ก็พบเช่นเดียวกัน

ผลการศึกษาที่ผ่านมารวมถึงการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีประวัติ ภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอาจไม่ได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง หรืออาจถูกมองข้ามไป และมุ่งที่จะรักษาอาการที่นำผู้สูงอายุมาโรงพยาบาล ซึ่งอาจมาจากอาการ และอาการแสดงของภาวะซึมเศร้ามีลักษณะไม่เฉพาะเจาะจง และไม่ชัดเจนคล้ายคลึงกับอาการทาง กาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย และท้องผูก เป็นต้น ฉะนั้นภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษาที่ถูกต้อง (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547; Lebowitz et al., 1997) ดังนั้นถึงแม้จะมีหลายการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในจำนวนร้อย ละที่แตกต่างกันออกไป แต่เมื่อซักประวัติการมีภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้กลับพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มี

ประวัติภาวะซึมเศร้า ดังเช่น การศึกษาของเกริกชัย พิชัย (2546) ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) รวมถึงการศึกษาของพรเพ็ญ ลำภา (2548)

ความสัมพันธ์ของตัวแปรในการศึกษากับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม

ตัวแปรในการศึกษานี้ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ สถานภาพสมรส) ความสามารถในการทำกิจกรรม ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว จำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม ซึ่งในบทนี้อภิปรายลักษณะของตัวแปรและความสัมพันธ์ของตัวแปรในการศึกษาได้ดังนี้

อายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีอายุระหว่าง 60– 88 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 72.15 ปี จำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่ง มีอายุระหว่าง 60-74 ปี (ร้อยละ 57) รองลงมา มีอายุระหว่าง 75-84 ปี (ร้อยละ 40) เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย หมายความว่า ถ้าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะไม่จำเป็นต้องมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น นั่นคือภาวะซึมเศร้าไม่ขึ้นกับอายุ การวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมาโนช ทับมณี (2541) ซึ่งพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของกนกกรัตน์ สุชะตุงคะ และคณะ (2542) ก็พบเช่นเดียวกัน

การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเกริกชัย พิชัย (2546) ซึ่งพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงการศึกษาของชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) และการศึกษาของพิมพ์พรรณ ภูรุ่งเรืองผล (2548) ก็พบเช่นเดียวกัน อาจเป็นเพราะว่าในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (young-old) และตอนกลาง (middle-old) ซึ่งเป็นวัยที่อาจจะยังไม่มีเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตสังคมมากนัก และผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับที่ดีมาก ซึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี อีกประการหนึ่งการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่อายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป (old-old) มีอยู่เป็นจำนวนน้อยมาก (ร้อยละ 3) ซึ่งร่างกายอาจมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลง และเกิดโรคเรื้อรังได้ง่ายจากการที่กลไกในการสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานลดลง จากลักษณะการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ความรู้สึกในคุณค่าของตน (self-esteem) ลดน้อยลงซึ่งทำให้เครียดและเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (ปริษา ศตวรรษธำรง, 2544) ฉะนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอาจด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น

เพศ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุเป็นเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 50 ทั้งนี้เพราะในการศึกษานี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และพบว่าเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมสามัญและพิเศษ มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันมาก เมื่อวิเคราะห์หาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุเพศชายมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (เกริกชัย พิชัย, 2546; จิรพันธ์ แก้วนิล, 2543; เพ็ญศรี หลินสนนท, 2543) ที่พบว่า เพศหญิงเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย เช่นการศึกษาของเกริกชัย พิชัย (2546) ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมพบว่า เพศหญิงเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้มีการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศพบตรงกันว่า เพศหญิงเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กนกรัตน์ สุชะตุงคะ และคณะ, 2542; มาโนช ทับมณี, 2541; Blazer et al., 1993; Koenig et al., 1993) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า เพศหญิงมีหลายบทบาทและหน้าที่ (multiple roles) ที่อาจทำให้เพศหญิงเกิดความเครียด รวมไปถึงการที่เพศหญิงมีความเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Patten & Barbui, 2004)

ในทางตรงกันข้ามการวิจัยครั้งนี้พบว่า เพศชายมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศหญิงอาจอธิบายได้ว่า ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 74) และรายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตรหลาน (ร้อยละ 62) นอกจากนี้เกือบทั้งหมดมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 96) และมีอายุอยู่ในกลุ่มวัยสูงอายุตอนปลาย (old-old) จำนวน 2 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการการพึ่งพาจากคนอื่น รวมถึงมีการรับรู้ความรุนแรงความเจ็บป่วยว่ารุนแรงมากจำนวน 6 ราย จากข้อมูลดังกล่าวเหล่านี้้อาจอธิบายได้ว่า วัฒนธรรมไทยที่ยกย่องให้ความสำคัญกับผู้ชายในฐานะหัวหน้าครอบครัว และมีความรับผิดชอบสูงในการเลี้ยงดูครอบครัว ดังนั้นเมื่ออายุมากขึ้นและมีการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้สูญเสียความสามารถทางกาย สูญเสียอาชีพการงาน/ สถานะทางสังคมอาจเนื่องมาจากการเกษียณอายุ อาจทำให้สูญเสียรายได้ในการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัว ทำให้รู้สึกสูญเสียศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทเดิมที่เคยทำมาอย่างต่อเนื่อง รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ รู้สึกไร้ค่า สูญเสียความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้(สุคตสบาย จุลกัทธพะ, 2552) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 378 รายพบว่า เพศชายจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจด้วยเหตุผลดังกล่าวผลการวิจัยครั้งนี้จึงพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุเพศชายมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถานภาพสมรส ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 66) รองลงมา มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย/ หย่า/ แยก เมื่อวิเคราะห์หาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าพบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของสถานภาพสมรสคู่กับโสด/ หม้าย/ หย่า/ แยก ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยครั้งนี้จะไม่สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าสถานภาพสมรสหม้าย/ หย่า/ แยก มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (เกริกชัย พิชัย, 2546; เพ็ญศรี หลินสานนท์, 2543; ปาริชาติ คำชู, 2551) ซึ่งสถานภาพสมรสหม้าย/ หย่า/ แยก เป็นการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากการตายจาก แยกกันอยู่ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย (ปรีชา ศตวรรษธำรง, 2544; สุดสบาย จุลกัทัพพะ, 2552) ฉะนั้นหากผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสและมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีตามมาด้วย หรือหากมีความเครียดหรือปัญหา ผู้สูงอายุก็นจะสามารถแก้ไขหรือปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ อาจอธิบายได้ว่า ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง มีสถานภาพสมรสคู่ และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส/ บุตรหลาน (ร้อยละ 82) ซึ่งบ่งชี้ว่าลักษณะสังคมไทยยังคงเป็นครอบครัวขยาย ซึ่งมีลักษณะเกื้อกูลกัน รวมถึงสถานภาพสมรสยังเป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานะระบบของครอบครัว และเป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม โดยเฉพาะคู่สมรส รวมถึงเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญถึงแรงสนับสนุนทางสังคม และเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้บุคคลดูแลตนเองดีขึ้น (สิริสุตา ชาวคำเขต, 2545; Hanucharurnkul, 1989) ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ จากลักษณะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยสูงอายุไม่ว่าสถานภาพสมรสโสด/ คู่/ หม้าย หย่าหรือแยกโดยทั่วไปจะไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหากต้องอยู่คนเดียว เพราะจะมีบุตรหลานคอยดูแล และให้กำลังใจซึ่งจัดเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง จึงสามารถช่วยในการตอบสนองด้านอารมณ์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์พรรณ ภู่องเรืองผล (2548) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับข้าราชการหลังเกษียณอายุในกองทัพเรือ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าจำนวน 200 คน พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในข้าราชการหลังเกษียณอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของชดเจน จันทรพัฒน์ (2543) การวิจัยครั้งนี้พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอาจด้วยเหตุผลดังกล่าว

ความสามารถในการทำกิจกรรม ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 80) รองลงมาอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 11) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองได้แก่ การเดินและการเคลื่อนย้าย การ

รับประทานอาหาร การแต่งตัว การขับถ่าย การใช้ห้องสุขา การอาบน้ำและสุขวิทยาส่วนบุคคล เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรบางประการกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของพรเพ็ญ สำเภา (2548) ซึ่งพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การวิจัยในครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาอื่นอาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้นเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการดูแลตนเองหรือภาวะพึ่งพา (Dependence) นั้นหมายถึงกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มีลักษณะที่เหมือนกัน (homogenous) และความแปรปรวน (variance) ของข้อมูลมีน้อย รวมถึงกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดในครั้งนี้มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้เมื่อมีความเครียดหรือมีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ถึงแม้จะมีการเจ็บป่วยเฉียบพลันแต่ผู้ป่วยสูงอายุก็ไม่รู้สึกกลัว หรือวิตกกังวล/ ไม่รู้สิกว่าหมดหนทางช่วยเหลือที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการศึกษานี้ที่พบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอาจด้วยเหตุผลดังกล่าว

ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วยในการวิจัยครั้งนี้ ประเมินจากการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Perceived severity of illness) และความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ (APACHE II) ของผู้ป่วยสูงอายุโดยมีรายละเอียดดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หมายถึง หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมากก็จะทำให้มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในลักษณะที่มีความรุนแรง ซึ่งเป็นการประเมินสถานการณ์ในด้านลบ ที่อาจทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและผลการรักษาที่ไม่ดีของผู้ป่วย หรือประสบการณ์ที่พบเห็นผู้ป่วยในโรคเดียวกันรักษาไม่หายและมีแนวโน้มจะเสียชีวิต ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวเผชิญกับปัญหาและอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Stoudemire, 1994) ดังนั้น หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะแตกต่างไปในแต่ละบุคคลและขึ้นกับสถานการณ์ของผู้ป่วย

และจะทำให้มีผลต่อการปรับตัวต่อความเครียดต่างๆของผู้ป่วยได้ หากมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม หรือผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าวได้ และมองว่าหมคนทางช่วยเหลือ หากไม่ได้รับการแก้ไขเมื่อเวลาผ่านไป ก็จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Seligman, 1981) ผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอาจ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) พบว่าการรับรู้ความ รุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ย ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อวิเคราะห์หา ความสัมพันธ์พบว่า ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระไม่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เมอร์ฟี (Murphy, 1982) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 28 มีการเจ็บป่วยที่ รุนแรง และผู้ป่วยซึมเศร้าร้อยละ 48 ได้ประสบกับเหตุการณ์ที่รุนแรงอย่างน้อย 1 เหตุการณ์ (การ เจ็บป่วยที่รุนแรง) การวิจัยครั้งนี้ที่พบแตกต่าง อาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุในวิจัยครั้งนี้มีการเจ็บป่วยที่ ไม่วิกฤตหรือคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย เมื่อวัดด้วย APACHE II เห็นได้จากคะแนนความรุนแรงของ ความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระหว่าง 0-25 คะแนน (คะแนนเต็ม 65 คะแนน) ซึ่งจากข้อมูลจะเห็นได้ว่า คะแนนความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระมี ความแตกต่างกับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่อยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็น เพราะว่าการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อการเปลี่ยนแปลง ของภาวะสุขภาพ ความไม่สุขสบายจากการเจ็บป่วยและผลกระทบของความเจ็บป่วยว่าอยู่ใน ระดับใด (สมพร รัตนพันธ์, 2541) ดังนั้น ผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีการรับรู้ที่แตกต่างกันออกไป ส่วน ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ เป็นความผิดปกติของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ ทางด้านสรีระแบบเฉียบพลัน และความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีอยู่ก่อนซึ่งประเมินได้จากเครื่องมือ APACHE II ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในแผนกอายุรกรรม อาจจะมี ความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่รุนแรงเท่ากับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (ไอ.ซี.ยู) และเครื่องมือ นี้เหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤต (critical patients) ที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่รุนแรง แต่ผู้ป่วยสูงอายุทาง อายุรกรรมซึ่งมีปัญหาลดลงหรือเรื้อรัง และภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลันอาจถูกแก้ไขไปแล้ว ซึ่งอาจทำ ให้เครื่องมือ APACHE II ไม่ไวต่อความเจ็บป่วยเรื้อรัง (sensitive) ที่จะบ่งบอกถึงความรุนแรงของ การเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมได้ ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ตามเกณฑ์ด้านสรีระไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอาจด้วยเหตุผลดังกล่าว

สัมพันธภาพในครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับดีมาก และผู้ป่วยสูงอายุเกือบทั้งหมดมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 99) เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมา ดังเช่นการศึกษาของกาญจนา สิทธิวงศ์ และคณะ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ พบว่าการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของชัดเจน จันทพัฒน์ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลพบว่า การมีสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมไปถึงการศึกษาของพรเพ็ญ ลำภา (2548) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และรวมไปถึงการศึกษาของจุฑารัตน์ สติปัญญา และพรชัย สติปัญญา (2548) ก็พบเช่นเดียวกัน ซึ่งหมายความว่า หากผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี ภาวะซึมเศร้าก็จะน้อยลง เพราะสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ที่มั่นคง รู้สึกอบอุ่น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาหรือความเครียด และการปรับตัวในด้านต่างๆ ที่อาจจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

การวิจัยครั้งนี้พบแตกต่างจากการศึกษาอื่น อาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุในการศึกษานี้เกือบทั้งหมดมีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับดีมาก แสดงว่าความแปรปรวนในกลุ่มตัวอย่างมีน้อย รวมถึงมีลักษณะที่เหมือนกัน (homogenous) และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน/คู่สมรส (ร้อยละ 82) ซึ่งในสังคมไทยถือว่าเป็นครอบครัวขยาย (extended family) และมีความช่วยเหลือเกื้อกูล ให้ความเคารพ สนับสนุนให้กำลังใจกันซึ่งกันและกัน สัมพันธภาพเป็นความสัมพันธ์หรือความผูกพันอันเกิดจากความรู้สึกของจิตใจของบุคคลนั้นๆ ที่พึงปฏิบัติต่อกัน เช่น การให้ความรัก ความห่วงใยอาทร การเคารพซึ่งกันและกัน เป็นต้น เพราะการสัมพันธภาพที่ดีเป็นปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตสังคมที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ที่มั่นคง รู้สึกอบอุ่น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาหรือความเครียด และการปรับตัวในด้านต่างๆ (บุญศรี บุญฤ, 2545: 171-172) หากผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีก็อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ถ้าประสบกับปัญหาต่างๆ ที่ผู้สูงอายุไม่อาจแก้ไขได้และขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้จึงพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุอาจด้วยเหตุผลดังกล่าว

จำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ได้รับยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 88) ค่าเฉลี่ยจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้รับเท่ากับ 2.19 (S.D. = 1.78) หมายความว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า 2 ชนิด และมากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับยา 1-3 ชนิด (ร้อยละ 69) และเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า จำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์พรรณ ภู่วังเรืองผล (2548) ที่พบว่าข้าราชการหลังเกษียณอายุที่ได้รับยาคลายกังวล คีมีแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ โคนิก และคณะ (Koenig et al., 1988) ศึกษาในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาลพบว่า จำนวนยาที่ได้รับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหมายความว่า ถ้าจำนวนยาที่ได้รับมาก ภาวะซึมเศร้าก็จะมากขึ้นด้วย อาจเพราะยาหลายชนิดอาจมีผลข้างเคียงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในบุคคลที่เคยมีประวัติซึมเศร้าหรือเคยมีประวัติซึมเศร้าในครอบครัว (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2547; Miller, 1999; Roach, 2000)

การวิจัยครั้งนี้พบแตกต่างจากการศึกษาอื่น อาจอธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ได้รับยา 1-3 ชนิด (ร้อยละ 69) ยาที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นยาในกลุ่ม Antihypertensive drugs (ร้อยละ 60) ได้แก่ ยา enalapril (ร้อยละ 27), propranolol (ร้อยละ 19), และ hydralazine (ร้อยละ 12) ซึ่งในปัจจุบันนับว่าเป็นยาที่เลือกใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ใช้กันมากในผู้ป่วยสูงอายุ อีกประการหนึ่งในปัจจุบันความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์มีมากขึ้น ในเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุมีการพัฒนามากขึ้นเพื่อป้องกันผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังเช่นมีการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับยาที่อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าพบว่า มีข้อมูลเชิงประจักษ์บ่งชี้ว่า มีการวิจัยที่พบว่ายาที่อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่ propranolol, corticosteroids, interferon- α , gonadotropic releasing hormone agonist, mefloquine, และ ยาฝังคุมกำเนิด (Patten & Barbui, 2004) ซึ่งเป็นยาที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ ส่วนยารักษาความดันโลหิตสูงเช่น reserpine ที่มีผลข้างเคียงต่อภาวะซึมเศร้านั้น ปัจจุบันมีการใช้นี้น้อยมาก และในผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการใช้ reserpine น้อย (ร้อยละ 2) ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า จำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุอาจด้วยเหตุผลดังกล่าว

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 79 โดยที่ร้อยละ 58 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild

depression) รองลงมาภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) ร้อยละ 19 และ มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) (ร้อยละ 2) และไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 21) ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวนี้ว่าเป็นอัตราที่สูง และมีความใกล้เคียงกับการศึกษาของเกริกชัย พิชัย (2546) ที่พบว่าผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมมีความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 42.1 และส่วนใหญ่มิมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และจำเป็นที่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีโอกาสได้รับการรักษาที่หลากหลายหรือการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน รวมถึงอาจทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆลดลงซึ่งอาจเกิดภาวะพึ่งพา (dependence) ได้ รวมถึงอาการของภาวะซึมเศร้าที่มีการเจ็บป่วยทางกายมีลักษณะไม่เฉพาะ ทำให้การวินิจฉัยทำได้ยาก ซึ่งอาจทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ท้อแท้สิ้นหวัง และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2547; สุดสบาย จุลกัทพพะ, 2552; Miller, 1999) ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทางอายุรกรรมจึงมีความสำคัญและควรตระหนักถึง รวมถึงหามาตรการในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงด้วย

ด้านระเบียบวิธีวิจัย ผู้วิจัยมีข้อสังเกตเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยในการศึกษครั้งนี้ ได้แก่ การเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการเลือกใช้เครื่องมือวิจัย ซึ่งผู้วิจัยอธิบายไว้ดังนี้

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (homogenous) และความแปรปรวน (variance) ของข้อมูลมีไม่มาก อาจเนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มาโรงพยาบาลสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี อาจมีผู้สูงอายุอีกกลุ่มในชุมชนที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี และอาจมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย (functional ability) ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ และไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

การเลือกใช้เครื่องมือวิจัย เครื่องมือ APACHE II มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤต (critical patients) เมื่อนำมาใช้ในคลินิกทางอายุรกรรมที่อาจมีภาวะวิกฤต (crisis) หรือการเจ็บป่วยไม่รุนแรงเท่ากับผู้ป่วยในไอ ซี ยู ฉะนั้น คะแนนความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระในผู้ป่วยสูงอายุครั้งนี้จึงมีคะแนนใกล้เคียงกันและอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้แบบวัดภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุไทยในการวิจัยครั้งนี้มีค่าความเที่ยง (reliability) ต่ำ อาจเป็นไปได้ว่า ข้อคำถามทางลบมีหลายข้อซึ่งผู้สูงอายุไม่เข้าใจข้อคำถาม ซึ่งผู้วิจัยต้องอธิบายเพิ่มเติมหลายข้อและใช้เวลา 60-90 นาที อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหนื่อยล้าจากการตอบแบบสอบถามได้ ซึ่งอาจทำให้เครื่องมือนี้มีค่าความเที่ยงต่ำเมื่อประเมินในกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบตัดขวาง (Descriptive cross-sectional correlation study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ สถานภาพสมรส) ความสามารถในการทำกิจกรรม ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วยสูงอายุเพศชาย และเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมสามัญและพิเศษ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ระหว่างเดือนตุลาคม 2551 ถึง เดือนธันวาคม 2551 จำนวน 100 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดได้แก่ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร พูดภาษาไทย การรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา สถานที่ปกติ โดยใช้แบบทดสอบสภาพจิตอย่างสั้น (The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) ในการคัดกรอง และได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป ไม่เป็นผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาเพื่อการวินิจฉัย เช่น สมองหัวใจ การทำหัตถการอื่นๆหรือได้รับเคมีบำบัดในระยะสั้นๆ และมีความสนใจ ยินดี และให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1) แบบทดสอบสภาพจิตอย่างสั้น โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่ตอบคำถามได้มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ส่วนที่ 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย การวินิจฉัยโรค/ ปัญหาสุขภาพ ประวัติซึมเศร้า ส่วนที่ 3) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เชล ใช้วัดหรือประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำไปทดสอบหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 ส่วนที่ 4) แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ใช้ประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้

ส่วนที่ 5) The Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II) เครื่องมือนี้ใช้เพื่อประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบหาความเที่ยงได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ .85 ส่วนที่ 6) แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ใช้วัดความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว ทดสอบหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .77 ส่วนที่ 7) แบบประเมินจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งเครื่องมือนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบหาความตรงและความเที่ยงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และผ่านการเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนที่ 8) แบบวัดภาวะซึมเศร้า ใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ทดสอบหาค่าความเที่ยงพบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .66

แบบสอบถามทั้งหมดเมื่อผ่านขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เมื่อผู้ป่วยสูงอายุเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและพิเศษภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์โดยที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเรียงตามลำดับดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความสามารถในการทำกิจกรรม การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว แบบวัดภาวะซึมเศร้า ส่วนการประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้ข้อมูลทางคลินิกจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows

ผลการวิจัยพบว่า

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมสามัญและพิเศษ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2551 ถึงเดือนธันวาคม 2551 จำนวน 100 ราย ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกคน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่าๆกันร้อยละ 50 อายุระหว่าง 60-88 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 72.15 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ รองลงมาคือหม้าย/หย่า/แยก และโสด คิดเป็นร้อยละ 66 และร้อยละ 34 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลานคิดเป็นร้อยละ 43 และอาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรร้อยละ 39 ซึ่งใกล้เคียงกัน มากกว่าครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 59) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 21) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 74 และรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มากกว่า 6,000 บาท

และอยู่ระหว่าง 4,001- 6,000 บาทซึ่งใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 38 และร้อยละ 32 ตามลำดับ) และรายได้ส่วนใหญ่แล้วมาจากบุตรหลานสูงถึงร้อยละ 72 รายได้ส่วนมากเพียงพอ (ร้อยละ 87)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 98 มีโรคประจำตัว และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว/ ปัญหาสุขภาพมากกว่า 1 อย่าง โดยเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 (S.D.= 2.04) ซึ่งโรคประจำตัวที่พบบ่อยคือ ความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ หัวใจ เบาหวาน โรคไต ไชมันในเลือดสูง นอนไม่หลับ กระดูกและข้อ ต่อมลูกหมากโต และมะเร็งตามลำดับ นอกจากนี้เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างไม่มีประวัติภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ (ร้อยละ 97) และส่วนใหญ่ได้รับยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 88) โดยที่กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ได้รับยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่า 1 ชนิด เฉลี่ยเท่ากับ 2.19 (S.D.=1.80) และส่วนใหญ่ได้รับยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง 1-3 ชนิด (ร้อยละ 69) รองลงมาได้รับยา 4-6 ชนิด (ร้อยละ 14) ซึ่งยาที่ได้รับมากที่สุดคือ ยาในกลุ่ม Antihypertensive drugs , Benzodiazepines, Corticosteroids, Antimicrobial drugs, ยาในกลุ่มอื่นๆ (เช่น cancer chemotherapeutic agents, metoclopramide, digoxin, และ carbamazepine), Non-steroid anti-inflammatory drugs (NSAIDs) และ Analgesic drugs (narcotic) ตามลำดับ

ลักษณะและความสัมพันธ์ของตัวแปรในการศึกษากับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม

ข้อมูลของตัวแปรในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ อายุ ความสามารถในการทำกิจกรรม การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ สัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-88 ปี มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 72.15 ปี (S.D.= 7.44) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมเท่ากับ 14.89 (S.D.= 3.83) และส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 80) รองลงมาอยู่ในระดับน้อย และระดับปานกลาง ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยเท่ากับ 58.50 (S.D.= 21.53) และส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระเท่ากับ 8.02 (S.D.= 5.63) และส่วนใหญ่มีคะแนนความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเต็ม 65) ค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวเท่ากับ 40.28 (S.D.= 2.53) และเกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 99) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 15.47 (S.D.= 4.26) และมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 79 โดยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (mild depression) ร้อยละ 58

รองลงมา มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 19 และร้อยละ 2 มีระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรงตามลำดับ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 21 ไม่มีภาวะซึมเศร้า

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุเพศชายมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 3.11, df = 98, p = .002$) และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = .43$) หมายความว่า หากมีการรับรู้ความเจ็บป่วยว่ารุนแรงมาก จะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง ในทางตรงกันข้าม การวิจัยครั้งนี้พบว่า อายุ ความสามารถในการทำกิจกรรม ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .01, r_s = .10, r = .05, r_s = .07$, และ $.04$ ตามลำดับ) และผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่กับโสด/ หม้าย/ หย่า/ แยกมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -1.29, df = 98, p = .199$)

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม การค้นพบนี้ช่วยเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุทางอายุรกรรม เช่น ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุซึ่งรวมถึงการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญ และตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยว่ามีความรุนแรงมาก ซึ่งเจ้าหน้าที่สุขภาพควรจะให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่อย่างเหมาะสม รวมถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในด้านบวก และควรมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เพื่อประเมินและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรม ซึ่งมีการเจ็บป่วยที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

ด้านการทำวิจัย ผลจากการศึกษาครั้งนี้ช่วยเป็นแนวทางการทำวิจัยครั้งต่อไป โดยใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยในลักษณะอื่น เช่น รูปแบบจำลองเชิงสาเหตุ (Causal model) เป็นต้น เพื่อให้ทราบถึงตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในแผนกอายุรกรรมได้อย่างชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้ การจัดกระทำการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยสามารถใช้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในงานวิจัยครั้งต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม

FACTORS RELATED TO DEPRESSION OF HOSPITALIZED OLDER PATIENTS IN MEDICAL UNITS

กาญจนา กิริยางาม 4837025 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: พรทิพย์ มาลาธรรม, Ph.D. (NURSING), สุปริดา มั่นคง, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นส่งผลให้ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นทั่วโลก อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นในระหว่างปี พ.ศ. 2538-2551 ในเพศชายจาก 66.66 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 69.5 ปี และในเพศหญิงจาก 71.7 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 76.3 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551) สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจพบว่าในปี 2542 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5.6 ล้านคน ในจำนวนประชากรทั้งหมด 60 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.3 ของประชากรทั้งหมด และมีการคาดการณ์ว่า ปี พ.ศ.2563 จะมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนประมาณ 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.3 ของประชากรรวม (ศรีจิตรา บุญนาค และสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล , 2542: 23-25) และจากการสำรวจของสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุว่า ปี 2547-2550 อัตราผู้สูงอายุจะเพิ่มทุกปีเฉลี่ยเกือบ 2 แสนคนต่อปี และการเปลี่ยนแปลงทำให้ประเทศไทยเข้าสู่ “ภาวะประชากรสูงอายุ” (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2549) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มประชากรอีกกลุ่มหนึ่งที่จะได้รับความสนใจมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ เช่น ร่างกาย จิตใจ สังคม เป็นต้น ทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายและความต้านทานต่อโรคต่างๆลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเมหะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน วัณโรค โรคหลอดเลือดหัวใจ ข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคพาร์กินสัน โรค

หลอดเลือดในสมองตีบ ต้อกระจก และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (บรรลุ ศิริพานิช, 2544; Eliopoulos, 1993) ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น จากการศึกษาของจิตะพันธ์กุล และคณะ (Jitapunkul et al., 1998) พบว่ามีผู้สูงอายุที่ประสบภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 30 ของเตียงทั้งหมดทั่วประเทศ และจากสถิติของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลพบว่า ในระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2550 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 54.6 (หน่วยเวชสถิติ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล, 2550) ซึ่งเป็นปริมาณที่สูงกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องจำเป็น ซึ่งผู้สูงอายุมักจะมีการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคต่างๆรวมถึงภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสภาวะจิตใจที่เศร้าหมอง ท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ ต่ำหนีดตัวเอง ไร้ค่า (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536; Kranch, 1995; Neese, 1991; Peden, 1993) จากการทบทวนงานวิจัยพบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 20-40 ของผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป (Valente, 1994) และพบร้อยละ 30-50 ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในสถาบันการดูแล (Lueckenotte, 1996) นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังประมาณร้อยละ 33.33 (Gomez & Gomez, 1993) และพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 64 (Kumar, Lavretsky, & Elderkin-Thompson, 2004) มีรายงานเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดในสมองพบร้อยละ 22-50 โรคมะเร็งพบร้อยละ 18-39 โรคพาร์กินสันพบร้อยละ 10-37 และเบาหวานพบร้อยละ 5-11 เป็นต้น (Sable, Dunn, & Zisook, 2002) สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาของพรเพ็ญ ลำภา (2548) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชัยนาทมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 64.5 และจากการศึกษาของชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 61.7 อับัติการณ์อาจพบแตกต่างกันแต่นับว่าสูง และโรคดังกล่าวเป็นโรคทางอายุรกรรม

ผู้สูงอายุทางอายุรกรรมจะมีปัญหาที่ซับซ้อนแตกต่างจากผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ และต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมต่างๆที่เปลี่ยนไปในโรงพยาบาลรวมถึงการรักษาที่หลากหลาย ซึ่งอาจส่งผลให้ไม่สามารถปรับตัวได้และอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยอายุรกรรมมักมีการเจ็บป่วยในหลายระบบ มีการใช้ยาหลายชนิด และมีโอกาสเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาเมื่อต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (Koenig et al.; 1997, Koenig, 1998) เนื่องจากผู้สูงอายุมีพลังสำรองลดลง มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการสูงอายুর่วมกับมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้นเมื่อมีการเจ็บป่วย

เจ็บปวด ผู้สูงอายุมักจะมีพยาธิสภาพหลายระบบในเวลาเดียวกัน มีอาการและอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง ผู้สูงอายุทางอายุรกรรมยังได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ซึ่งเป็นสาเหตุให้เมื่อผู้สูงอายุที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล มีโอกาสเกิดกลุ่มอาการเฉพาะในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) เช่น ภาวะปอดแฟบ ปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะสับสนเจ็บปวด แผลกดทับ อุบัติเหตุหกล้ม และภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการพักรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ไม่สามารถดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมด ต้องใช้ระยะเวลานานในการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นผลให้ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น ซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาวะเศรษฐกิจ ซึ่งการเจ็บป่วยเจ็บปวดเป็นปัจจัยเสี่ยงปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะเครียด อีกทั้งยังทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุลดลงมากกว่าเดิม และมีการฟื้นคืนสภาพเดิมช้ากว่าผู้ป่วยวัยอื่นๆ ผลจากการเจ็บป่วยเจ็บปวดร่วมกับโรคประจำตัวในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น (สุปริศา มั่นคง และคณะ, 2549) หากผู้ป่วยสูงอายุสามารถปรับตัวชดเชยได้ก็จะไม่เกิดปัญหาสุขภาพจิต แต่หากไม่สามารถปรับตัวชดเชยต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ผู้สูงอายุจะรู้สึกวุ่นวายไร้ค่า สิ้นหวัง และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าดังกล่าว และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เช่น เพศ (กมลสิน สาตรา, 2531; Koenig et al., 1993; Valente, 1994) อายุ (กนกรัตน์ สุขตุงคะ และคณะ, 2542; Blazer et al., 1991) รายได้ (Blazer et al., 1991) สถานภาพสมรส (Koenig, Meader, Cohen, & Blazer, 1988) การเจ็บป่วยทางกาย (สรวิทย์ สังข์ศรี, พิมพาภรณ์ สังข์ศรี, และ สุวรรณ เรืองเดช, 2540) ยาที่ได้รับ (Koenig et al., 1988) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543; Alexopoulos et al., 1996; Dunham & Sager, 1994; Oxman & Hull, 1997) ความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Koenig et al., 1988; Parmlee, Kate, & Lawton, 1991) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (Kennedy, Kelman, & Thomas, 1991) แรงสนับสนุนทางสังคม (Dean, Kolody, & Wood, 1990) และการประสบกับเหตุการณ์ที่รุนแรงของชีวิต (Murphy, 1982) เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการศึกษาเหล่านี้ ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มประเทศตะวันตกซึ่งมีวัฒนธรรมและรูปแบบของวิถีชีวิตที่แตกต่างจากสังคมไทย รวมทั้งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนมากกว่าในโรงพยาบาล ได้แก่ ชุมชน และชมรมผู้สูงอายุ รวมถึงสถานสงเคราะห์คนชรา

จากข้อมูลดังกล่าวมาแล้วข้างต้น สำหรับในประเทศไทยพบว่า ยังไม่มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีลักษณะแตกต่างจากผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งผู้สูงอายุทางอายุรกรรมมีโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง

เบาหวาน และโรคไต เป็นต้น ที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลันและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการศึกษาของซัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ซึ่งศึกษาผู้สูงอายุหลายแผนกได้แก่ ศัลยกรรม นรีเวช และอายุรกรรม อย่างไรก็ตามเนื่องจากลักษณะของผู้สูงอายุในแผนกอายุรกรรม จะมีลักษณะที่แตกต่างจากแผนกอื่น เช่น ความแตกต่างเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา ความรุนแรงของการเจ็บป่วย อาการของโรคที่ไม่คงที่และอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และการได้รับยาหลายชนิด เป็นต้น จึงอาจทำให้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในแผนกอายุรกรรมไม่ชัดเจน ซึ่งการวัดความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ผ่านมาวัดแต่การรับรู้ความรุนแรง แต่ในผู้ป่วยอายุรกรรมมีความเจ็บป่วยเฉียบพลันจึงน่าจะวัดความรุนแรงทางด้านสรีระด้วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรมได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส) ความสามารถในการทำกิจกรรม ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาสนับสนุนว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มต่างๆ ดังนั้นตัวแปรเหล่านี้ควรที่จะเป็นประเด็นสำคัญในการศึกษา เพื่อให้เกิดความกระจ่างและเกิดประโยชน์แก่เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพให้มีความเข้าใจกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมมากขึ้น และปัจจัยดังกล่าวในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมเป็นอย่างไร รวมถึงเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหรือไม่อย่างไร เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพสามารถประเมินปัจจัยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล เพื่อหาวิธีจัดการกับปัจจัยดังกล่าว และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรม สามารถให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ สถานภาพสมรส) ความสามารถในการทำกิจกรรม ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ากับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ามีหลายทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้แก่ ทฤษฎีทางชีวภาพ ทฤษฎีทางจิตวิทยา ทฤษฎีทางจิตสังคม และยังไม่มีทฤษฎีใดอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้สมบูรณ์ ฉะนั้นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้มาจากการผสมผสานของทฤษฎีทางจิตสังคมและทฤษฎีทางชีวภาพที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทฤษฎีนี้

อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลต่อการสูญเสียต่างๆ (Miller, 1995) เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียภาพลักษณ์ การสูญเสียสถานะทางสังคม การสูญเสียความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น ซึ่งการสูญเสียดังกล่าวอาจจะส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมตนเองลดลง ซึ่งจะนำไปสู่การสูญเสียการรับรู้ การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา และความมีเหตุผล ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เศร้า และแยกตัวออกไปในที่สุด (ปราณี วัฒนโชติ และนพดล สมบูรณ์, 2538: 159-162) ในความเป็นจริงแล้วปัญหาเหล่านี้บุคคลต้องใช้กลไกการปรับตัวทางจิตในการจัดการกับปัญหา (ชอลดา พันธุเสนา, 2540) หากผู้สูงอายุสามารถที่จะใช้กลไกการปรับตัวทางจิตได้อย่างเหมาะสม ผู้สูงอายุก็สามารถที่จะรักษาภาวะสมดุลทางอารมณ์ได้ในทางตรงกันข้าม หากผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะใช้กลไกการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมแล้วความรู้สึกละเลิงนี้จะนำไปสู่แนวคิดในด้านลบเกี่ยวกับตนเองและรู้สึกละเลิงไร้ค่า (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541: 122) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายๆอย่างในชีวิต ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ สรีรวิทยาและจิตสังคม ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ โดยการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญและปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่น อายุ พบว่า อายุที่มากขึ้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพและสรีรวิทยารวมถึงด้านจิตสังคม ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (เกริกชัย พิชัย, 2546; มาโนช ทับมณี, 2541; Hughes, 1997) เพศ พบว่าเพศหญิงเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (กนกรัตน์ สุชะตุงคะ และคณะ, 2542; เกริกชัย พิชัย, 2546; Blazer et al., 1991) สถานภาพสมรส สถานภาพสมรสหม้าย/ หย่า/ แยก มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (เพ็ญศรี หลินสานนท์, 2543; มาโนช ทับมณี, 2541) ทั้งนี้เพราะสถานภาพสมรสบ่งชี้ถึงสถานะระบบของครอบครัว เป็นตัวกำหนดบทบาททางสังคมโดยเฉพาะคู่สมรสเป็นการบ่งชี้แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้บุคคลดูแลตนเองดีขึ้น หากผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสหม้าย/ หย่า/ แยกทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียและไร้ที่พึ่ง ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม รู้สึกไร้ค่า และสิ้นหวัง ซึ่งหากไม่ได้รับการจัดการแก้ไขอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

ความสามารถในการทำกิจกรรม พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และ พรชัย สติธิปัญญา, 2548; ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านภาวะสุขภาพ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายুর่วมกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆลดลง เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพา

บุคคลอื่นมากขึ้น สูญเสียความสามารถในตนเอง นำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด (โศภิน แสงอ่อน, พรเพ็ญ ลำเนา, และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2550; Alexopoulos et al., 1996; Miller, 1999)

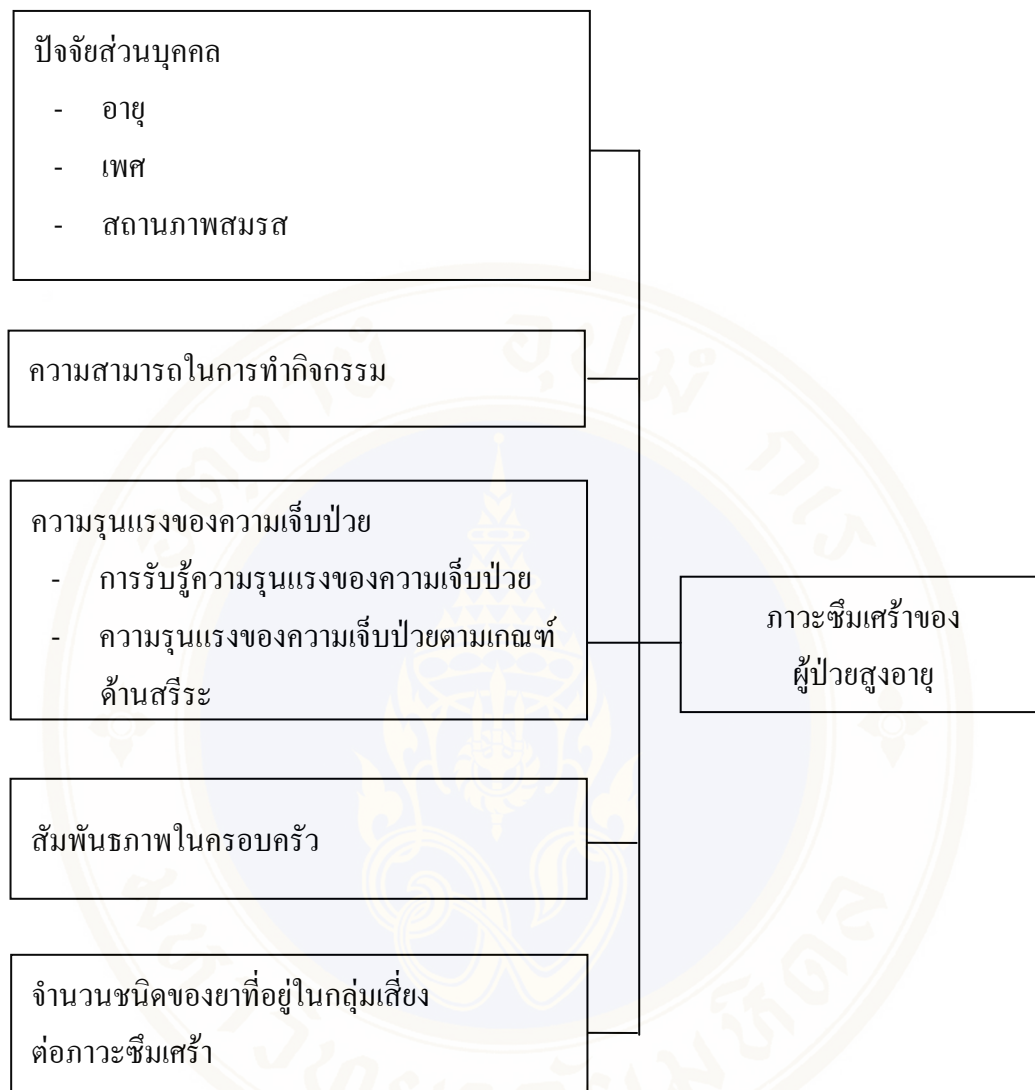
ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สามารถที่จะอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ด้วยทฤษฎีทางจิตสังคมว่า เป็นการประสบกับเหตุการณ์ที่รุนแรงของชีวิต ซึ่งรวมถึงการเจ็บป่วยที่รุนแรงของตนเองหรือบุคคลใกล้ชิด ทั้งนี้เพราะการประสบกับความเจ็บป่วยที่รุนแรงทำให้สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ขาดอิสรภาพ และขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ต้องเผชิญกับความเป็นความตาย ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อย อันเป็นผลที่มาจากการศึกษาในลักษณะต่างๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นได้เกิดความรู้สึกไร้ค่า และสูญเสียความเคารพในตนเอง (Hughes, 1997; Murphy, 1982; Miller, 1999) ในการศึกษาครั้งนี้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยแบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เป็นการแสดงออกในด้านความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีต่อการเจ็บป่วยหรือโรคที่เป็นอยู่ และมีการวิจัยพบที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (ซัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) ส่วนความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ เป็นความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุ ที่ประเมินโดยการใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วยด้านสรีระ ซึ่งพบว่ายังไม่มีการศึกษาในตัวเอง

สัมพันธภาพในครอบครัว สามารถที่จะอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยทฤษฎีทางจิตสังคม ว่าเป็นการสูญเสียสถานภาพหรือบทบาททางสังคม และสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ในสภาพสังคมปัจจุบันค่านิยมของวัยรุ่นสมัยใหม่ที่มีต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไปรวมทั้งลักษณะครอบครัวในปัจจุบันเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรัก ความเคารพ เอาใจใส่และความช่วยเหลือน้อยลง ขาดการสนับสนุนทางสังคม เกิดความเครียดเรื้อรัง ขาดปฏิสัมพันธ์ที่มีความหมายกับบุคคลอื่น ขาดเพื่อน และสูญเสียบทบาทและความสัมพันธ์ทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล ขาดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Hughes, 1997; Miller, 1999; พรพจน์ กิ่งแก้ว, 2538) จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และ พรชัย สติธิปัญญา, 2548; ซัดเจน จันทรพัฒน์, 2543; เพ็ญศรี หลินสานนท์, 2543; พรเพ็ญ ลำเนา, 2548)

นอกจากนี้ จำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ยาหลายชนิดมีผลข้างเคียงให้เกิดภาวะซึมเศร้า และผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดได้มากกว่าวัยรุ่นหนุ่มสาว เนื่องจากการสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญในร่างกาย จากการเปลี่ยนแปลงตามการมีอายุที่มากขึ้น เช่น ดับ

ไต เป็นต้น ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังมีโอกาสได้รับยามากกว่า 2 ชนิดในเวลาเดียวกัน และ
มีโอกาสเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาที่ได้รับ รวมถึงการใช้ยาในผู้สูงอายุเป็นเรื่องยาก อาจ
เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆของผู้สูงอายุเองและทรมานสุขภาพ (Miller, 2003) ยาที่อาจมี
ผลข้างเคียงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ Antihypertensive drugs เช่น Reserpine,
Methyldopa เป็นต้น Analgesics drugs เช่น Narcotic, Morphine เป็นต้น และอื่นๆ (Kurlowicz,
1997; Miller, 1999)

ด้วยเหตุนี้ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ สถานภาพสมรส) ความสามารถในการทำ
กิจกรรม ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ใน
กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุทาง
อายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การค้นพบจากการศึกษาในครั้งนี้จะสามารถช่วยให้
เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ เกิดความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนก
อายุรกรรมมากขึ้น เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันหรือจัดการกับภาวะซึมเศร้าใน
ผู้สูงอายุ แสดงดังภาพที่ 1



รูปภาพ 1: กรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ
ในแผนกอายุรกรรม

สมมติฐานในการวิจัย

1. เพศ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า
2. ความสามารถในการทำกิจกรรม และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ
3. อายุ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกอายุรกรรมสามัญและพิเศษ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 100 คน คือ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ การรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา สถานที่ที่ปกติ โดยใช้แบบทดสอบสภาพจิตอย่างสั้นเพื่อคัดกรอง ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยต้องมีคะแนน 8 คะแนนขึ้นไป มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัย และไม่เป็นผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาเพื่อการวินิจฉัย เช่น สมองหัวใจ การทำหัตถการอื่นๆ ทำการศึกษาในระหว่างเดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2551

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้

1. แบบทดสอบสภาพจิตอย่างสั้น (The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) เครื่องมือนี้ใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุเพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยไฟเฟอร์ (Pfeiffer, 1975) แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน และมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ผู้สูงอายุที่ตอบคำถามได้มากกว่าหรือเท่ากับ 8 จะถูกเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือนี้ประเมินโดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย การวินิจฉัยโรค/ ปัญหาสุขภาพ ประวัติภาวะซึมเศร้า โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติและการสัมภาษณ์

3. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์ธेल ใช้ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยมาโฮนี และบาร์ธเอล (Mahony, & Barthel, 1965) โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2537) แบบวัดนี้ดั้งเดิมประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามในการประเมินกิจกรรมขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล และการอาบน้ำ เป็นต้น ระดับคะแนนตั้งแต่ 0-20 คะแนน แต่ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล และเพื่อให้เหมาะสมบริบทจึงตัดกิจกรรมการขึ้น-ลงบันไดออก ดังนั้นข้อคำถามในการศึกษาครั้งนี้มี 9 ข้อ ระดับคะแนนตั้งแต่ 0-18 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับดีมาก แบบวัดนี้เมื่อนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85

4. แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ใช้วัดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Perceived Severity of Illness) ประเมินโดยผู้ป่วยสูงอายุ ด้วยการให้ออกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง ซึ่งเครื่องมือนี้นำมาใช้ในการศึกษาของ สมพร รัตนพันธ์ (2541) ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรงจาก 0-100 โดยแบ่งมาตราส่วนเป็น 10 ส่วนเท่าๆกัน โดยที่คะแนนที่มาก หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยว่ารุนแรงมาก

5. The Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II)

ใช้ประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ (Physiologic Severity of Illness) และประเมินโดยผู้วิจัย เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย นอส และคณะ (1985) เพื่อใช้วัดความรุนแรงของความเจ็บป่วย ซึ่งดั้งเดิมค่าคะแนนของ APACHE II มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-71 คะแนน ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบใหญ่ๆได้แก่ 1) อายุ (Age) 2) คะแนนของปัจจัยด้านสรีระภายใน 24 ชั่วโมง (Acute Physiology score) 3) ภาวะสุขภาพเรื้อรัง แต่ในการศึกษาครั้งนี้อายุถูกแยกออกไปเป็นอีกตัวแปรหนึ่ง ดังนั้น APACHE II จึงมี 2 องค์ประกอบได้แก่ 1) คะแนนของปัจจัยด้านสรีระภายใน 24 ชั่วโมง (Acute Physiology score) มีทั้งหมด 12 ตัวแปรซึ่งประกอบด้วย อุณหภูมิร่างกาย ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ความเป็นกรด-ด่างของเลือด ระดับโซเดียมในเลือด ระดับโพแทสเซียมในเลือด ระดับคลอริด์ในเลือด ความเข้มข้นของเลือด เม็ดเลือดขาว และ Glasgow Coma Score (GCS) 2) ภาวะสุขภาพเรื้อรังก่อนจะได้รับการประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Chronic Health Evaluation) คะแนนที่ได้คำนวณโดยนำคะแนนจากการนำคะแนนของ 2 องค์ประกอบมารวมกัน ระดับคะแนนจาก 0-65 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยมาก ผู้วิจัยนำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงของการสังเกต (Inter-rater agreement) ระหว่างผู้วิจัยกับพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

6. แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ใช้วัดสัมพันธภาพในครอบครัว เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย พวงผกา ชื่นแสงเนตร (2538) ซึ่งได้สร้างมาจากกรอบแนวคิดของไฟรด์แมน (Friedman, 1986) และ มอร์โรว์ และวิลสัน (Morrow & Wilson, 1961) เครื่องมือนี้ใช้วัดความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว ซึ่งได้แก่ ความรักและความเอาใจใส่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว เป็นต้น ประเมินโดยการสัมภาษณ์แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามทางบวกมีจำนวน 12 ข้อ และข้อคำถามทางลบมีจำนวน 3 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามมีให้เลือก 3 คำตอบ คือ “ใช่ ” “ไม่แน่ใจ” “ไม่ใช่” คะแนนตั้งแต่ 15-45 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมาก หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .77

7. แบบประเมินจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ใช้ประเมินจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ ในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบประเมินนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยสรุปมาจากการทบทวนวรรณกรรมของเคอโลวิทซ์ (Kurlowicz, 1997) มิลเลอร์ (Miller, 1999) และแพทเทนและเลฟ (Patten & Love, 1997 as cited in Sable et al., 2002) แบบประเมินนี้ได้ผ่านการทดสอบหาความตรงและความเที่ยงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประเมินโดยผู้วิจัยโดยใช้ข้อมูลทางคลินิกจากแฟ้มประวัติการรักษา

8. แบบวัดภาวะซึมเศร้า ใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ของนิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2537) ซึ่งพัฒนาและดัดแปลงมาจากแบบวัดความเศร้าของเยสซาเวจและคณะ (Yesavage et al., 1983) แบบวัดนี้ประเมินโดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ซึ่งข้อคำถามทางบวกมี 10 ข้อ ส่วนข้อคำถามที่เหลือเป็นข้อคำถามทางลบ แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ระดับคะแนนตั้งแต่ 0-30 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึง ซึมเศร้ารุนแรง และเมื่อนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .66

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร เมื่อผ่านการอนุมัติจึงดำเนินการวิจัย โดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีตอบ การเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกอายุรกรรมสามัญและพิเศษ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ โดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามปัญหาหรือข้อข้องใจต่างๆ ได้ตลอดเวลา และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ ข้อมูลบางส่วนจะเก็บรวบรวมจากแฟ้มประวัติการรักษา ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม ถ้าคำตอบไม่ครบถ้วนจะซักถามเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยการใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย การมีโรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพ เป็นต้น ส่วนตัวแปรในการศึกษา ได้แก่ อายุ ความสามารถในการทำกิจกรรม การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ สัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะซึมเศร้า ใช้สถิติบรรยาย เช่น พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบน

มาตรฐาน เป็นต้น รวมทั้งใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างตัวแปรเพศและสถานภาพสมรสด้วย independent t-test และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน นอกจากนี้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจกรรม การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ากับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมสามัญและพิเศษ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในช่วงเวลาดังแต่เดือนตุลาคม 2551 ถึงเดือนธันวาคม 2551 จำนวน 100 ราย ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกคน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากันร้อยละ 50 มีอายุระหว่าง 60-88 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 72.15 ปี (S.D. = 7.44) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ รองลงมาคือหม้าย/ หย่า/ แยก และโสดคิดเป็นร้อยละ 66 และร้อยละ 34 ตามลำดับ มากกว่าครึ่งหนึ่งจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 59) และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 74) รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มากกว่า 6,000 บาท และอยู่ระหว่าง 4,001- 6,000 บาทซึ่งใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 38 และร้อยละ 32 ตามลำดับ) และรายได้ส่วนใหญ่ก็มาจากบุตรหลาน (ร้อยละ 72)และเกือบทั้งหมดรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 87) นอกจากนี้ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน (ร้อยละ 43) และอาศัยอยู่กับคู่สมรส/ บุตรหลาน (ร้อยละ 39) ซึ่งเป็นจำนวนที่ใกล้เคียงกัน

ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 98) และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว/ ปัญหาสุขภาพมากกว่า 1 อย่าง เฉลี่ยเท่ากับ 3.52 (S.D.= 2.04) โรคประจำตัวที่พบบ่อยคือ ความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ หัวใจ เบาหวาน โรคไต ไชมันในเลือดสูง นอนไม่หลับ กระดูกและข้อ ต่อมน้ำลายโต และมะเร็งตามลำดับ นอกจากนี้เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างไม่มีประวัติภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ (ร้อยละ 97) และส่วนใหญ่ได้รับยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 88) โดยที่กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ได้รับยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่า 1 ชนิด เฉลี่ยเท่ากับ 2.19 (S.D.=1.80) ซึ่งยาที่ได้รับมากที่สุด คือ ยาในกลุ่ม Antihypertensive drugs , Benzodiazepines, ยาในกลุ่มอื่นๆ (เช่น cancer chemotherapeutic agents, metoclopramide, digoxin, และ carbamazepine),

Corticosteroids, Antimicrobial drugs, NSAIDs และ Analgesic drugs (narcotic) ตามลำดับ (ร้อยละ 60, ร้อยละ 50, ร้อยละ 30, ร้อยละ 27, ร้อยละ 24, ร้อยละ 15, และร้อยละ 8 ตามลำดับ)

ลักษณะของตัวแปรในการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-88 ปี มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 72.15 ปี (S.D.=7.44) คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมตั้งแต่ 3-18 จากคะแนนเต็ม 18 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 14.89 (S.D.=3.83) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจกรรมในระดับดีมาก คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตั้งแต่ 0-100 (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) มีค่าเฉลี่ย 58.50 (S.D.=21.53) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความรุนแรงปานกลาง คะแนนความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระตั้งแต่ 0-25 (คะแนนเต็ม 65 คะแนน) มีค่าเฉลี่ย 8.02 (S.D.=5.63) ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระน้อย จำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 0-8 เฉลี่ยเท่ากับ 2.19 (S.D.=1.80) หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยามากกว่า 1 ชนิด คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวตั้งแต่ 22-45 (คะแนนเต็ม 45 คะแนน) มีค่าเฉลี่ย 40.28 (S.D.=2.53) หมายความว่า สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 4-29 (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) ค่าเฉลี่ย 15.47 (S.D.=4.26) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (mild depression)

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 80) เกือบทั้งหมดมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 99) และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่ได้รับยา 1-3 ชนิด (ร้อยละ 69) รองลงมาได้รับยา 4 ชนิดขึ้นไป (ร้อยละ 19) และกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งมีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 79) โดยที่ส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 58) รองลงมาคือมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (ร้อยละ 19) และมีระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง (ร้อยละ 2) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 21 ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 3.11$, $df = 98$, $p < .01$) และค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าระหว่างสถานภาพสมรสคู่กับโสด/ หม้าย/ หย่า/ แยก ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.29$, $df = 98$, $p > .05$) นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = .43$) ในทางตรงกันข้ามการวิจัยครั้งนี้พบว่า อายุ ความสามารถในการทำกิจกรรม ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตาม

เกณฑ์ด้านสรีระ สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .01$, $r_s = .10$, $r = .05$, $r_s = .07$, และ $.04$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุในการศึกษานี้มีจำนวน 100 คน เมื่อพิจารณาด้านปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรสพบว่า เป็นเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 50 อายุระหว่าง 60-88 ปี อายุเฉลี่ย 72.15 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 66 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 59) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 74 อีกร้อยละ 12 ที่ประกอบอาชีพอื่นๆได้แก่ กิจการส่วนตัว แม่บ้าน รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มากกว่า 6,000 บาท และอยู่ระหว่าง 4,001-6,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 38 และร้อยละ 32 ซึ่งใกล้เคียงกัน แต่ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ก็มีรายได้เพียงพอร้อยละ 87 และพบว่ารายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตรหลานร้อยละ 72 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (เกริกชัย พิชัย, 2546; ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543; พรเพ็ญ ลำภา, 2548) นั้นแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุถึงแม้จะไม่ได้ประกอบอาชีพแต่รายได้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็จะมาจากบุตรหลาน ซึ่งในสังคมไทยนับว่าเป็นการตอบแทนบุญคุณหรือแสดงถึงความกตัญญูทดแทนที่มีต่อผู้มีพระคุณ และรายได้ส่วนใหญ่ก็เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพอาจเนื่องจากอายุที่มากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามวัยที่มากขึ้นทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน และสังคมไทยก็มีค่านิยมที่ไม่อยากให้ผู้สูงอายุทำงานเมื่อมีอายุมากขึ้นก็มักจะให้ผู้สูงอายุอยู่บ้าน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสังคมไทยส่วนใหญ่ยังเป็นครอบครัวขยาย (extended family) ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะอยู่กันเป็นลักษณะของครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นก็ตาม รวมถึงการที่รายได้ส่วนใหญ่จะมาจากบุตรหลาน อาจเป็นเพราะสังคมไทยถือว่าการกระทำที่แสดงความกตัญญูทดแทนที่มีต่อผู้มีพระคุณ

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมสามัญและพิเศษ เกือบทั้งหมดมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 98) และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 อย่างเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ หัวใจ และเบาหวาน ซึ่งพบใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 50) โรคไต ไชมันในเลือดสูง นอนไม่หลับ กระดูกและข้อพบใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 19) เกือบทั้งหมดร้อยละ 97 ไม่มีประวัติซึมเศร้า (ตามการรับรู้) และส่วนใหญ่ได้รับยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 88) ซึ่งได้รับยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 2.19 ซึ่งยาที่ได้รับมากที่สุดคือ ยาในกลุ่ม Antihypertensive drugs

รองลงมาได้แก่ยาในกลุ่ม Benzodiazepines, Corticosteroids และยาในกลุ่ม Antimicrobial drugs ตามลำดับรวมไปถึงยาในกลุ่มอื่นๆ เช่น ยาเคมีบำบัด , digoxin เป็นต้น จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักจะมีปัญหาสุขภาพมากกว่า 1 อย่าง และโรคประจำตัวที่พบบ่อยมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง หัวใจ เบาหวาน อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่เกิดขึ้นตามวัย เช่น ระบบการไหลเวียนเลือด ระบบหายใจ และไต เป็นต้น ทำให้มีความต้านทานต่อโรคต่างๆลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่ายาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าที่ได้รับมากก็มีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเกริกชัย พิชัย (2546) และการศึกษาชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม

อายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีอายุระหว่าง 60– 88 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 72.15 ปี จำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่ง มีอายุระหว่าง 60-74 ปี (ร้อยละ 57) รองลงมามีอายุระหว่าง 75-84 ปี (ร้อยละ 40) เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย หมายความว่า ถ้าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะไม่จำเป็นต้องมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น นั่นคือภาวะซึมเศร้าไม่ขึ้นกับอายุ การวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมานิช ทับมณี (2541) และการศึกษาของกนกกรัตน์ สุระคุงคะ และคณะ (2542) แต่การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเกริกชัย พิชัย (2546) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงการศึกษาของชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) อาจเป็นเพราะว่าในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (young-old) และตอนกลาง (middle-old) ซึ่งเป็นวัยที่อาจจะยังไม่มีเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตสังคมมากนัก และผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับที่ดีมาก ซึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี อีกประการหนึ่งการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่อายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป (old-old) มีอยู่เป็นจำนวนน้อยมาก (ร้อยละ 3) ซึ่งร่างกายอาจมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลง และเกิดโรคเรื้อรังได้ง่ายจากการที่กลไกในการสร้างภูมิคุ้มกันด้านทานลดลง จากลักษณะการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ความรู้สึกในคุณค่าของตน (self-esteem) ลดน้อยลงซึ่งทำให้เครียดและเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (ปรีชา ศตวรรษธำรง, 2544) ฉะนั้น อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอาจด้วยเหตุผลดังกล่าว

เพศ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุเป็นเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 50 ทั้งนี้เพราะในการศึกษานี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และ

พบว่าเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษานในแผนกอายุรกรรมสามัญและพิเศษ มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันมาก เมื่อวิเคราะห์หาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุเพศชายมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (เกริกชัย พิชัย, 2546; จิรนนท์ แก้วนิล, 2543; เพ็ญศรี หลินสนานนท์, 2543) ที่พบว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย เช่นการศึกษาของเกริกชัย พิชัย (2546) พบว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้มีการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศพบตรงกันว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กนกรัตน์ สุขะตุงคะ และคณะ, 2542; มาโนช ทับมณี, 2541; Blazer et al., 1993; Koenig et al., 1993) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า เพศหญิงมีหลายบทบาทและหน้าที่ (multiple roles) ที่อาจทำให้เพศหญิงเกิดความเครียด รวมไปถึงการที่เพศหญิงมีความเกี่ยวข้องกับสอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Patten & Barbui, 2004)

ในทางตรงกันข้ามการวิจัยครั้งนี้พบว่า เพศชายมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศหญิงอาจอธิบายได้ว่า ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 74) และรายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตรหลาน (ร้อยละ 62) นอกจากนี้เกือบทั้งหมดมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 96) และมีอายุอยู่ในกลุ่มวัยสูงอายุตอนปลาย (old-old) จำนวน 2 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการการพึ่งพาจากคนอื่น รวมถึงมีการรับรู้ความรุนแรงความเจ็บป่วยว่ารุนแรงมากจำนวน 6 ราย จากข้อมูลดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า วัฒนธรรมไทยที่ยกย่องให้ความสำคัญกับผู้ชายในฐานะหัวหน้าครอบครัว และมีความรับผิดชอบสูงในการเลี้ยงดูครอบครัว ดังนั้นเมื่ออายุมากขึ้นและมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้สูญเสียความสามารถทางกาย สูญเสียอาชีพการงาน/ สถานะทางสังคมอาจเนื่องมาจากการเกษียณอายุ อาจทำให้สูญเสียรายได้ในการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัว ทำให้รู้สึกสูญเสียศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทเดิมที่เคยทำมาอย่างต่อเนื่อง รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ รู้สึกไร้ค่า สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้(สุคตสภาย จุลกัทพพะ, 2552)

สถานภาพสมรส ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 66) รองลงมา มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย/ หย่า/ แยก เมื่อวิเคราะห์หาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าพบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของสถานภาพสมรสคู่กับโสด/ หม้าย/ หย่า/ แยก ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยครั้งนี้จะไม่สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าสถานภาพสมรสหม้าย/ หย่า/ แยก มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (เกริกชัย พิชัย, 2546; เพ็ญศรี หลินสนานนท์, 2543; ปาริชาติ คำชู, 2551) ซึ่งสถานภาพสมรสหม้าย/ หย่า/ แยก เป็นการ

สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากการตายจาก แยกกันอยู่ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย (ปรีชา ศตวรรษธำรง, 2544; สุตสบาย จุลกัทัพพะ, 2552)

ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ อาจอธิบายได้ว่า ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง มีสถานภาพสมรสคู่ และส่วนใหญ่ก็อาศัยอยู่กับคู่สมรส/ บุตรหลาน (ร้อยละ 82) ซึ่งบ่งชี้ว่าลักษณะสังคมไทยยังคงเป็นครอบครัวขยาย ซึ่งมีลักษณะเกื้อกูลกัน รวมถึงสถานภาพสมรสยังเป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานะระบบของครอบครัว และเป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม รวมถึงเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญถึงแรงสนับสนุนทางสังคม (สิริสุดา ชาวคำเขต, 2545; Hanucharunkul, 1989) ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ จากลักษณะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยสูงอายุไม่ว่าสถานภาพสมรสโสด/ คู่/ หม้าย หย่าหรือแยกโดยทั่วไปจะไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหากต้องอยู่คนเดียว เพราะจะมีบุตรหลานคอยดูแล และให้กำลังใจซึ่งจัดเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง จึงสามารถช่วยในการตอบสนองด้านอารมณ์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์พรรณ ภูรุ่งเรืองผล (2548) และการศึกษาของชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจด้วยเหตุผลดังกล่าว

ความสามารถในการทำกิจกรรม ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 80) รองลงมาอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 11) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) และการศึกษาของพรเพ็ญ ลำภา (2548) ซึ่งพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นอาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการดูแลตนเองหรือภาวะพึ่งพา (Dependence) นั้นหมายถึงกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มีลักษณะที่เหมือนกัน (homogenous) และความแปรปรวน (variance) ของข้อมูลมีน้อย รวมถึงกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดในครั้งนี้มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้เมื่อมีความเครียดหรือมีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ถึงแม้จะมีการเจ็บป่วยเจ็บพลันแต่ผู้ป่วยสูงอายุก็ไม่รู้สึกกลัวหรือวิตกกังวล/ ไม่รู้สึกว่าหมดหนทางช่วยเหลือที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ที่

พบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุด้วยเหตุผลดังกล่าว

การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หมายถึง หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมากก็จะทำให้มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในลักษณะที่มีความรุนแรง ซึ่งเป็นการประเมินสถานการณ์ในด้านลบ ที่อาจทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและผลการรักษาที่ไม่ดีของผู้ป่วย หรือประสบการณ์ที่พบเห็นผู้ป่วยในโรคเดียวกันรักษาไม่หายและมีแนวโน้มจะเสียชีวิต ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวเผชิญกับปัญหาและอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Stoudemire, 1994) ดังนั้น หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะแตกต่างไปในแต่ละบุคคลและขึ้นกับสถานการณ์ของผู้ป่วย และจะทำให้มีผลต่อการปรับตัวต่อความเครียดต่างๆของผู้ป่วยได้ หากมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมหรือผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าวได้ และมองว่าหมดหนทางช่วยเหลือ หากไม่ได้รับการแก้ไขเมื่อเวลาผ่านไป ก็จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Seligman, 1981) ผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอาจด้วยเหตุผลดังกล่าว ซึ่งการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของซัดเจน จันทรพัฒน์ (2543)

ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเมอร์ฟี (Merphy, 1982) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 28 มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง และผู้ป่วยซึมเศร้าร้อยละ 48 ได้ประสบกับเหตุการณ์ที่รุนแรงอย่างน้อย 1 เหตุการณ์ (การเจ็บป่วยที่รุนแรง) การวิจัยครั้งนี้ที่พบแตกต่าง อาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุในวิจัยครั้งนี้อาจไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย เมื่อวัดด้วย APACHE II เห็นได้จากคะแนนความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระหว่าง 0 -25 คะแนน (คะแนนเต็ม 65 คะแนน) ซึ่งจากข้อมูลจะเห็นได้ว่า คะแนนความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระมีความแตกต่างกับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่อยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะว่าการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ/ ไม่สุขสบายจากอาการเจ็บป่วยและผลกระทบของความเจ็บป่วยว่าอยู่ในระดับใด (สมพร

รัตนพันธ์, 2541) ดังนั้น ผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีการรับรู้ที่แตกต่างกันออกไป ส่วนความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ เป็นความผิดปกติของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านสรีระแบบเฉียบพลัน และความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีอยู่ก่อนซึ่งประเมินได้จากเครื่องมือ APACHE II ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในแผนกอายุรกรรม อาจมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่รุนแรงเท่ากับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (ไอ.ซี.ยู) และเครื่องมือนี้เหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤติ (critical patients) ที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่รุนแรง แต่ผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมซึ่งมีปัญหาซับซ้อนเรื้อรัง และภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลันอาจถูกแก้ไขไปแล้ว ซึ่งอาจทำให้เครื่องมือ APACHE II ไม่ไวต่อความเจ็บป่วยเรื้อรัง (sensitive) ที่จะบ่งบอกถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมได้ ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอาจด้วยเหตุผลดังกล่าว

สัมพันธภาพในครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับดีมาก และผู้ป่วยสูงอายุเกือบทั้งหมดมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 99) เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมา ดังเช่นการศึกษาของกาญจณี สิทธิวงศ์ และคณะ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ พบว่าการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของชัดเจน จันทระพัฒน์ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลพบว่า การมีสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิจัยครั้งนี้พบแตกต่างจากการศึกษาอื่น อาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้เกือบทั้งหมดมีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับดีมาก แสดงว่าความแปรปรวนในกลุ่มตัวอย่างมีน้อย รวมถึงมีลักษณะที่เหมือนกัน (homogenous) และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน/คู่สมรส (ร้อยละ 82) ซึ่งในสังคมไทยถือว่าเป็นครอบครัวขยาย (extended family) และมีความช่วยเหลือเกื้อกูล ให้ความเคารพ สนับสนุนให้กำลังใจกันซึ่งกันและกัน สัมพันธภาพเป็นความสัมพันธ์หรือความผูกพันอันเกิดจากความรู้สึกของจิตใจของบุคคลนั้นๆ ที่พึงปฏิบัติต่อกัน เช่น การให้ความรัก ความห่วงใยอาทร การเคารพซึ่งกันและกัน เป็นต้น เพราะการสัมพันธภาพที่ดีเป็นปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตสังคมที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ที่มั่นคง รู้สึกอบอุ่น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาหรือความเครียด และการปรับตัวในด้าน

ต่างๆ (บุญศรี นุเกตุ, 2545: 171-172) หากผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีก็อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ถ้าประสบกับปัญหาต่างๆที่ผู้สูงอายุไม่อาจแก้ไขได้และขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ อาจด้วยเหตุผลดังกล่าว

จำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ได้รับยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 88) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า 2 ชนิด และมากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับยา 1-3 ชนิด (ร้อยละ 69) และเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า จำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์พรรณ ภู่งเรืองผล (2548) ที่พบว่าข้าราชการหลังเกษียณอายุที่ได้รับยาคลายกังวล คีมีแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ โคนิก และคณะ (Koenig et al., 1988) ศึกษาในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาลพบว่า จำนวนยาที่ผู้ป่วยได้รับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิจัยครั้งนี้พบแตกต่างจากการศึกษาอื่น อาจอธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยา 1-3 ชนิด (ร้อยละ 69) ยาที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นยาในกลุ่ม Antihypertensive drugs (ร้อยละ 60) ได้แก่ ยา enalapril, propranolol, และ hydralazine ซึ่งในปัจจุบันนับว่าเป็นยาที่เลือกใช้ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ใช้กันมากในผู้ป่วยสูงอายุ อีกประการหนึ่งในปัจจุบันความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์มีมากขึ้น ในเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุมีการพัฒนามากขึ้นเพื่อป้องกันผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังเช่นมีการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับยาที่อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าพบว่า มีข้อมูลเชิงประจักษ์บ่งชี้ว่า มีการวิจัยที่พบว่ายาที่อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่ propranolol, corticosteroids, interferon- α , gonadotropic releasing hormone agonist, mefloquine, และ ยาฝิ่นคุมกำเนิด (Patten & Barbui, 2004) ซึ่งเป็นยาที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ ส่วนยารักษาความดันโลหิตสูงเช่น reserpine ที่มีผลข้างเคียงต่อภาวะซึมเศร้านั้น ปัจจุบันมีการใช้ยานี้น้อยมากและในผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการใช้ reserpine น้อยมาก ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า จำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุอาจด้วยเหตุผลดังกล่าว

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 79 โดยที่ร้อยละ 58 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) รองลงมามีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) ร้อยละ 19 และ มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) (ร้อยละ 2) และไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 21) ซึ่งจากข้อมูล

ดังกล่าวนับว่าเป็นอัตราที่สูง และมีความใกล้เคียงกับการศึกษาของเกริกชัย พิชัย (2546) ที่พบว่า ผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมมีความชุกของภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 42.1 และส่วนใหญ่มิ ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และจำเป็นที่จะต้องเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลมีโอกาสได้รับการรักษาที่หลากหลายหรือการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน รวมถึง อาจทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลงซึ่งอาจเกิดภาวะพึ่งพา (dependence) ได้ รวมถึง อาการของภาวะซึมเศร้าที่มีการเจ็บป่วยทางกายมีลักษณะไม่เฉพาะ ทำให้การวินิจฉัยทำได้ยาก ซึ่ง อาจทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ท้อแท้ สิ้นหวัง และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547; สุดสบาย จุลกัทัพพะ, 2552; Miller, 1999) ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทางอายุรกรรมจึงมีความสำคัญและควร ตระหนักถึง รวมถึงหามาตรการในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงด้วย

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความ เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม การค้นพบนี้ช่วยเป็น แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรม เช่น ประเมินภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุซึ่งรวมถึงการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากร ทางด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญ และตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีการรับรู้ความ รุนแรงของความเจ็บป่วยว่ามีความรุนแรงมาก ซึ่งเจ้าหน้าที่สุขภาพควรจะให้ข้อมูลความรู้แก่ ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่อย่างเหมาะสม รวมถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อช่วยให้ ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในด้านบวก และควรมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เพื่อประเมินและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ทางอายุรกรรม ซึ่งมีการเจ็บป่วยที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

ด้านการทำวิจัย ผลจากการศึกษาครั้งนี้ช่วยเป็นแนวทางการทำวิจัยครั้งต่อไป โดยใช้ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยในลักษณะอื่น เช่น รูปแบบจำลองเชิงสาเหตุ (Causal model) เป็น ต้น เพื่อให้ทราบถึงตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาน ในโรงพยาบาลในแผนกอายุรกรรมได้อย่างชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้ การจัดกระทำการรับรู้ความรุนแรง ของความเจ็บป่วยสามารถใช้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในงานวิจัยครั้งต่อไป

FACTORS RELATED TO DEPRESSION OF HOSPITALIZED OLDER PATIENTS IN MEDICAL UNITS

KANJANA KIRIYA-NGAM 4837025 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: PORNTIP MALATHUM, Ph.D.(NURSING),
SUPREEDA MONKONG, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and rationale of the problem

Presently, science and technological progress enhanced people's longer life expectancy resulting in increasing older population worldwide. Average age became higher during B.E. 2538-2551 from 66.66 years to 69.5 years for male, and from 71.7 years to 76.3 years for female (The National Statistical Office of Thailand, B.E. 2551). According to a survey in Thailand, there were 5.6 million persons aged 60 years and older out of a 60 million population in B.E. 2542, accounting for 9.3% of all population. As for the next 20 years in B.E. 2563, older persons population was estimated to reach 10 million persons approximately or 15.3% of all population (Bunnag, S. and Jitapunkul, S., B.E. 2542: 23-25). A survey of Bureau of Empowerment for Older Persons revealed that during B.E. 2547-2550 number of older persons would increase by almost 200,000 persons per year on average, and this incidence would make Thailand enter "Population Aging" (Thai Health Promotion Foundation, B.E. 2549). Thus, older persons population is a group that needs more attention. As older persons would have changed physically, psychologically, and socially, so their physical fitness and resistance to diseases became decreased. As a result, they would easily have illness especially from chronic diseases such as cancer, hypertension, diabetes, tuberculosis, cardiovascular diseases, rheumatoid arthritis, Parkinson's disease, cerebrovascular disease, cataract, and depression (Siripanich, B.,

B.E. 2544; Eliopoulos, 1993) resulting in more hospitalized older patients. According to the study, there was an increase in older persons who had acute diseases and had to be treated in the hospital, accounting for 30% of all hospital beds nationwide (Jitapunkul et al., 1998). According to the statistics of Vajira Hospital, 54.6% of the patients in Medical Units from October–December B.E. 2550 were senior citizens (Medical Statistics Unit, Vajira Hospital, B.E. 2550), which is more than half of the hospitalized patients. Therefore, healthcare for older persons who had chronic diseases as well as depression was significant.

Depression was a frequent mental health problem of older persons, representing feelings of sorrow, despair, pessimism, low self-esteem, self-abuse, and worthlessness (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, and The Psychiatric Association of Thailand, B.E. 2536; Kranch, 1995; Neese, 1991; Peden, 1993). According to a literature review, there were about 20-40% of depression incidence in persons aged 60 years and over (Valente, 1994), and up to 30-50% in older persons with chronic diseases in the institute of health care (Lueckenotte, 1996: 274). In addition, it was also found that depression was more often found in older persons with chronic diseases by 33.33% (Gomez & Gomez, 1993), and there were 64% of depression prevalence in the hospitalized older patients in Medical Units (Kumar, Lavretsky, & Elderkin-Thompson, 2004). Some studies reported about depression in older persons with chronic diseases as follows: cerebrovascular disease (22-50%), cancer (18-39%), Parkinson's Disease (10-37%), and diabetes (5-11%) (Sable, Dunn, & Zisook, 2002). In Thailand, the study of Samphao, P. (B.E. 2548) found that 64.5% of older persons in Chainat Province had depression, and the study of Jantarapat, C. (B.E. 2543) found that 61.7% of the hospitalized older patients had depression.

Hospitalization forced older persons to separate from their family members, face unfamiliar or new environments, receive several treatments, and encounter problems following treatment such as medical expenses, unable to perform their role, and lower ability to do their duties possibly leading to depression (Miller, 1999). Besides, symptoms and signs of depression in older persons were unclear and unspecific, which might cause wrong diagnosis easily or ignorance resulting in lack of proper treatment (Lebowitz et al., 1997). Depression of the older persons could affect

their health or cause several illnesses, for example, worse or more severe than the current disease, lower functional ability, slower rehabilitation, longer stay period in the hospital, higher medical expenses, higher recurrence rates, and lower quality of life (Colenda & Smith, 1993). In addition, depression was a major cause of older persons suicide (Hematorn et al, B.E. 2540; Ruangtrakool, S., B.E. 2547; Lueckenotte, 1996).

According to the effects of depression as mentioned above and the literature review on factors affecting depression of older persons, there were numerous factors related to depression such as gender (Satra, K., B.E. 2531; Koenig et al., 1993; Valente, 1994), age (Sukhatunga et al, B.E. 2542; Blazer, Burchett, Service, & George, 1991), income (Blazer et al., 1991), marital status (Koenig, Meader, Cohen, & Blazer, 1988), physical illness (Sangrassamee, S., Sangrassamee, P., and Ruangdech, S., B.E. 2540), prescribed medicines (Koenig et al., 1988), functional ability (Jantarapat, C., B.E. 2543; Alexopoulos et al., 1996; Dunham & Sager, 1994; Oxman & Hull, 1997), severity of illness (Koenig et al., 1988; Parmlee, Kate, & Lawton, 1991), illness period (Kennedy, Kelman, & Thomas, 1991), social support (Dean, Kolody, & Wood, 1990), and encounter with life crisis (Murphy, 1982). It was evident that these studies were mostly conducted in western countries that had different cultures and lifestyles from Thai society such as values, respect, pattern of living, and humility (Aroonrungrroj, P., B.E. 2543). Also, most studies were conducted more with older persons in the community, including those at home, the elder club, and the nursing home rather than in the hospital.

According to the above information, in Thailand there were not any studies conducted with hospitalized patients in Medical Units who had chronic diseases, particularly medical illness. When older persons have acute illness and have to be hospitalized, they would have complicated problems unlike patients in other age group. As older persons have less spare energy, changes from aging, and chronic diseases, those with acute illness show pathologies of several systems at the same time, and unspecific symptoms and signs. Besides, older persons take several medicines at the same time. As a result, the hospitalized older patients are likely to have geriatric syndrome such as atelectasis, pneumonia, urinary tract infection, acute confusional state, bedsores, accidental fall, and depression. These undesired outcomes in older patients caused by hospitalization will result in reducing functional ability,

being unable to rely on themselves, taking long time for rehabilitation, and having longer stay in the hospital. These conditions lead to demands for caregivers, and high cost (Munkong et al, B.E. 2549: 319; Koenig, George, Peterson, & Pieper; 1997, Koenig, 1998). In addition, medical patients always have acute illness and are treated in the hospital. Acute illness is a risk factor of physical stress that reduces functional ability of older persons and caused slower rehabilitation than patients in other age group. Acute illness outcomes and chronic diseases of older persons force them to rely more on other people (Munkong et al, B.E. 2549. If the older patients could not adapt to changes, they would feel worthless, despaired, and depressed.

Therefore, the researcher realizes the importance of the study on factors related to depression of the older patients in Medical Units including personal factors (gender, age, and marital status), functional ability, severity of illness, family relationship, and depression-inducing medications because most previous studies supported that such factors were related to depression of many groups of the older patients. Although the study of Jantarapat, C. (B.E. 2543) was conducted with the older patients in the hospital, but not specifically focusing on senior medical patients who might have different illness, severity of illness, unsteady and dynamic symptoms, as well as several medications. Thus, these variables should be the main points for this study in order to make clarification and contribute to understanding of health team members about the older patients particularly in Medical Units. Therefore, the researcher realized the importance of studying how these variables namely personal factors, functional ability, perceived severity of illness, physiologic severity of illness, family relationship, and depression-inducing medications were related to depression of senior medical patients so that health team members could evaluate depression factors of the hospitalized older patients, deal with such factors, prevent depression of senior medical patients, and provide services responding to demands of older persons.

Objectives

This study aimed to examine the relationship between personal factors (gender, age, and marital status), functional ability, perceived severity of illness, physiologic severity of illness, family relationship, the number of depression-inducing medications, and depression in older patients in Medical Units.

Conceptual framework

This study was conducted based on the literature review on the theory relevant to depression and aging. There were many theories explaining causes of depression of older persons such as biological theory, psychological theory, and psychosocial theory. There had not been any theory that could explain causes of depression completely. The conceptual framework of this study was synthesized from psychosocial theory relevant to depression of older persons and a literature review. This theory explains that depression occurs when people react to losses (Miller, 1995) such as loss of beloved persons, image loss, social status loss, and loss of self-esteem. These losses would reduce self-control ability leading to loss of perception, decision, problem solving, and rationality. When perceived loss occurs, older persons would feel discouraged, despaired, sorrowful, and detached (Wattanachote, P. and Somboon, N., B.E. 2538: 159-162). In fact, people have to make psychological adaptations to cope with these problems (Phantusena, C., B.E. 2540). If older persons could make psychological adaptations properly, they would be able to keep emotional balance. On the contrary, if older persons could not adapt, such feelings would cause negative attitude toward themselves and perceived worthlessness (Pumsrisawat, A., B.E. 2541: 122) resulting in depression.

Older persons have to encounter with several changes in their life physically, physiologically, and psychosocially that would affect their mental condition. From the literature review, significant changes and factors contributing to depression of older persons included:

Personal factors: According to the relevant literature review, a factor related to depression is age. It was found that older age would force physical, physiological, and psychosocial changes. As a result, older persons have to encounter with these changes and might have depression (Pichai, K., B.E. 2546; Tubmanee, M., B.E. 2541; Hughes, 1997). Regarding gender, it was found that females have more depression than males (Sukhatunga et al, B.E. 2542; Pichai, K., B.E. 2546; Blazer et al., 1991). As for marital status, widow/divorce/separation is related to depression of older persons (Linsuwanont, P., B.E. 2543; Tubmanee, M., B.E. 2541) because marital status indicates family status, and determined social role. Particularly, spouses indicate social support, being resources that enhance better self-care. If older persons have

widow/divorce/separation status, they would feel loss, helpless, worthless, despaired, and lacking of social support. In case this problem is not solved, depression would occur.

Regarding functional ability, it has found to be related to depression in older persons (Sathirapanya, C. and Sathirapanya, P., B.E. 2548; Jantarapat, C., B.E. 2543). Possibly because their health condition has changed due to the aging process along with chronic diseases. As a result, they have less functional ability such as daily routines, have to rely more on other people, and lose their self-efficacy leading to loss of self-esteem and depression (Sangon, S., Sampao, P., and Malathum, P., B.E. 2550; Alexopoulos et al., 1996; Miller, 1999).

Severity of illness could explain depression of older persons based on the psychosocial theory that it is a life crisis including their severe illness and intimate persons' illness. When older persons encounter with severe illness, they would lose their self-reliance, lack freedom and social interaction, and face life and death because of several kinds of treatment resulting in loss of control, worthlessness, and loss of self-respect (Hughes, 1997; Murphy, 1982; Miller, 1999). In this study, severity of illness is divided into 2 parts: perceived severity of illness, and physiologic severity of illness. Perceived severity of illness is an expression of older patients' feelings toward their current illness or disease, and some researches revealed that it is related to depression (Jantarapat, C., B.E. 2543) As for physiologic severity of illness, it means older persons' severity of illness evaluated by the Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II).

Family relationship could explain depression of older persons based on psychosocial theory that it is their loss of status or social role, and self-esteem. Besides, at present teenagers value older persons differently, and the single family is found to be more common. As a result, older persons gain less affection, respect, attention, and assistance, lack social support, have chronic stress, lack meaningful interaction with other people, have no friends, lose social role and relationship, feel like being a burden that causes stress and anxiety, lack self-esteem leading to depression (Hughes, 1997; Miller, 1999; Kingkaew, P., B.E. 2538). According to the literature review, it was found that family relationship is negatively related to

depression (Sathirapanya, C. and Sathirapanya, P., B.E. 2548; Jantarapat, C., B.E. 2543; Linsuwanont, P., B.E. 2543; Sampao, P., B.E. 2548).

Regarding depression-inducing medications, side effects of several medicines could trigger depression, and it is more possible to occur with older persons than the young-age group due to older persons functional disorders in line with their old age such as liver, kidney, etc. Older persons with chronic diseases are likely to be prescribed more than 2 types of medicine at the same time, and to face drug interaction. Also, medications in older persons are difficult possibly due to some changes of older persons and health team members (Miller, 2003). Medicines possibly inducing risk for depression of older persons include antihypertensive drugs such as reserpine, methyldopa, etc., analgesics drugs such as narcotic, morphine, etc., and others (Kurlowicz, 1997; Miller, 1999).

As aforementioned, personal factors (gender, age, and marital status), functional ability, severity of illness, family relationship, and depression-inducing medications are proposed to be factors related to depression of older medical patients in the hospital as shown in Figure 1. The findings of this study would enable health team members to increasingly understand factors related to depression of older medical patients, and acquire fundamental information for preventing or dealing with depression of older persons.

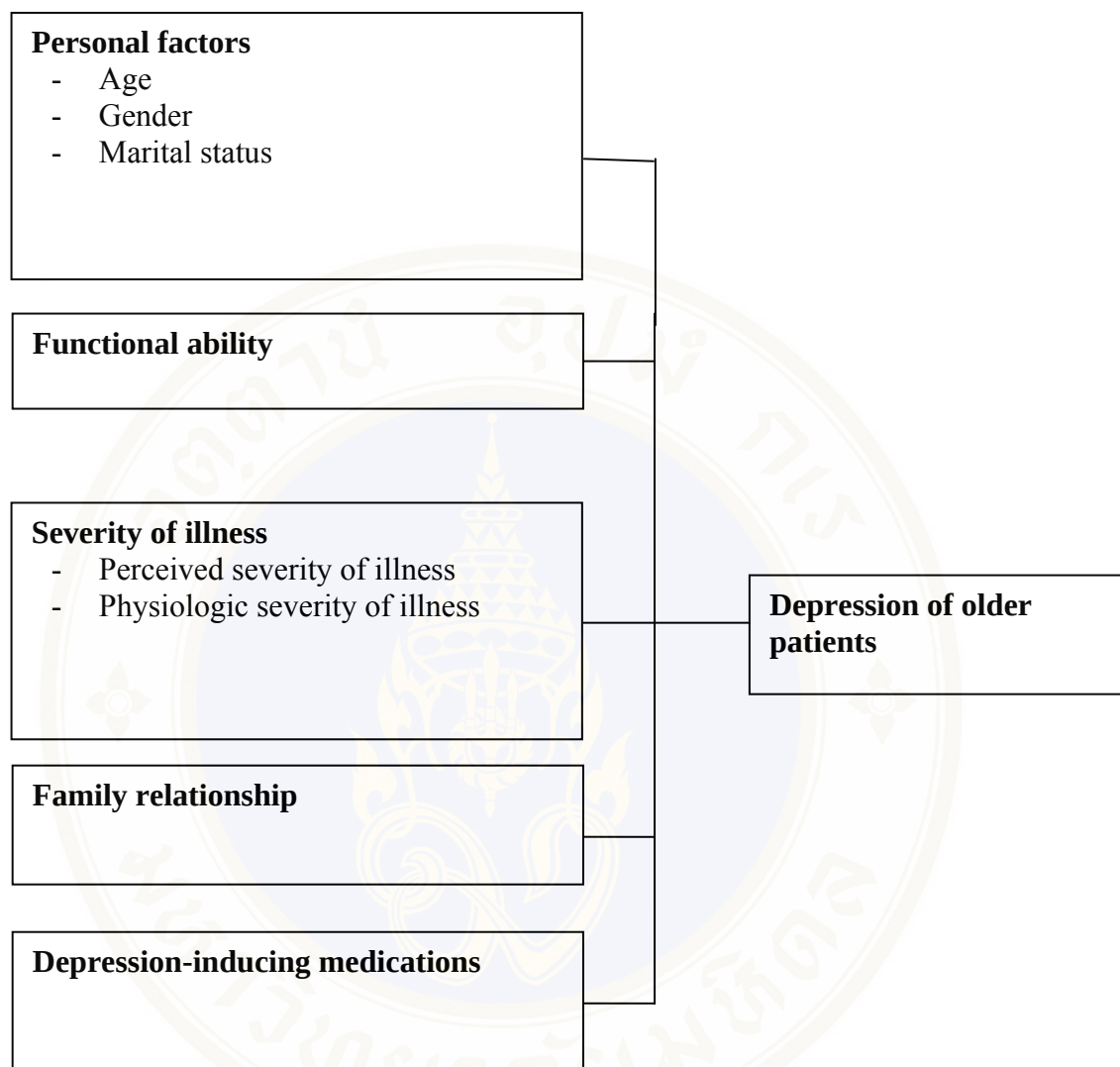


Figure 1: Conceptual Framework of the Study on Factors related to Depression of Older Patients in Medical Units

Research hypothesis

1. Gender and marital status are related to depression.
2. Functional ability and family relationship were negatively related to depression of older patients.
3. Age, perceived severity of illness, physiologic severity of illness, and depression-inducing medications were positively related to depression of older patients.

Research Method

The sample consisted of 100 patients aged 60 years and older who were admitted to the Medical Units of Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital, and were chosen by purposive sampling based on following inclusion criteria: Having been admitted to the hospital within 1 week, being able to communicate in Thai language, having no memory impairment tested by the Short Portable Mental Status Questionnaire with at least 7 points out of 10, willing to participate in the research, and not being the patients waiting for diagnosis such as catheterization laboratory or other treatments. The study had been conducted from October to December B.E. 2551.

Research instruments

There were 8 research instruments as follows:

1. The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ: This instrument was used for screening older persons and choosing the sample. It was designed by Pfeiffer (1975) and translated by the researcher in this study. The SPMSQ has a total of 10 questions and 10 points of total scores. Older persons were requested to answer the questions. They were interviewed by the researcher, and those who could earn more than or equivalent to 7 points would be chosen.

2. The Demographic Data Form: This instrument was designed by the researcher for recording general information of older persons such as gender, age, marital status, education level, occupation, monthly income, income source, income sufficiency, accommodation, diagnosis/health problems, and depression history. The researcher collected the data from medical records and interview.

3. The Modified Barthel ADL Index: This instrument was used for measuring or evaluating functional ability. It was designed by Mahony and Barthel (Mahony & Barthel, 1965). In this study, the researcher applied the instrument of Jitapunkul et al (B.E. 2537) to this study. The instrument initially consisted of 10 questions for evaluating basic activities such as eating, personal hygiene, bathing, dressing, stair climbing, defecation control, urination control, toilet use, walking, and moving. The scores ranged from 0-20 points. However, this study was conducted with the hospitalized older patients, so stair climbing was deleted in order to be appropriate with the sample. Thus, there were totally 9 questions in this study and scores ranged from 0-18 points. High total scores indicate high functional ability of older persons. It was evaluated through the observation/interview by the researcher. Cronbach's Alpha Coefficient following the test of reliability equaled to .92. When using the instrument with 100 participants, Cronbach's Alpha Coefficient equaled to .85.

4. The Perceived Severity of Illness Assessment Form: It was used for evaluating perceived severity of illness. Older patients were requested to indicate any number judged by their own feeling. This instrument that appeared in the study of Rattanapun, S. (B.E. 2541) was linear rating scales (0-100) divided into 10 scales equally. Low scores indicate low perceived severity of illness, whereas high scores indicate high perceived severity of illness.

5. The Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II): The APACHE II was used by the researcher for evaluating physiologic severity of illness. This instrument was designed by Knaus et al (1985) for measuring severity of illness. Basically, scores of APACHE II range from 0-71 points. It consists of 3 main components: 1) Age, 2) Acute Physiology Score, and 3) chronic Health Evaluation. However, age was selected to use as another variable in this study. Thus, the APACHE II consisted of 2 components: 1) the Acute Physiology Score consisted of 12 variables: body temperature, average blood pressure, heart rate, respiratory rate, oxygen concentration, blood pH, blood sodium, blood potassium, blood creatinine, hematocrit, white blood cells, and the Glasgow Coma Score (GCS) 2) Chronic Health Evaluation. Earned scores were the combination of scores of both components. Scores range from 0-65 points. High total scores indicate high severity of illness. The

researcher tested inter-rater agreement between the researcher and 20 nurses who took care of older patients and the inter-rater agreement coefficient was .85.

6. The Family Relationship Evaluation Form: It was used for evaluating family relationship. It was designed by Chinsangnet, P. (B.E. 2538) based on theory of Friedman (1986) and Morrow & Wilson (1961) for evaluating feelings and opinions of older persons toward family relationship namely affection & attention, interaction among family members, respect among family members, harmony among family members, and relaxation among family members. The evaluation was conducted by the interview. The evaluation form contained 15 questions consisting of 12 positive questions and 3 negative questions. Each question has 3 answer choices: “Yes”, “Unsure”, and “No”. Scores range from 15 to 45. High total scores indicate good family relationship. Cronbach’s Alpha Coefficient among the 100 participants in this study was .77.

7. The Depression-Inducing Medications Assessment Form: This form was used for assessing depression-inducing medications of the hospitalized older patients. This form was designed by the researcher based on the literature review of Kurlowicz (1997), Miller (1999), and Patten & Love (1997 as cited in Sable et al, 2002) and was validated by 3 experts. In this study, it was assessed by the researcher through clinical information acquired from the patients’ record.

8. The Depression Assessment Form was used for evaluating depression of older patients. This study used the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) of Pongvarin et al (B.E. 2537) that was developed and adapted from the Geriatric Depression Scale of Yesavage et al (1983). This form requested older patients to make self-evaluation, being interviewed by the researcher. This form contains 30 questions consisting of 10 positive questions and 20 negative questions. Each question has 2 answer choices: “Yes”, and “No”. Scores range from 0-30 points. The assessment of depression is classified into 3 levels: mild depression, moderate depression, and severe depression. When using the instrument with 100 participants in this study, Cronbach’s alpha coefficient equaled to .66.

Data Collection

The researcher literally asked for permission from Human Research Ethics Subcommittee of Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration, and Human Research Ethics Committee of Bangkok Metropolitan Administration. The sample was informed about objectives, how to answer the questions, data collection at medical units. The sample was requested to answer the arranged questionnaires through the structured interview. They could ask any questions all the time, and could withdraw from the study any time. Some data were collected from medical records. The returned questionnaires would be checked. In case of missing questions, the researcher would further ask the sample in order to receive complete answers.

Data Analysis

The researcher used SPSS for Windows for data analysis resulting in frequency distribution and percentage of demographic data of the sample classified by gender, age, marital status, education level, occupation, income, income source, income sufficiency, accommodation, congenital disease, health problem, depression record, record of depression-inducing medications, prescribed medicines for older persons. The variables of the study namely age, functional ability, perceived severity of illness, physiologic severity of illness, family relationship, and depression were analyzed by descriptive statistics such as range, mean, and standard deviation. Also, the difference of depression mean scores between gender and marital status was analyzed by independent t-test. The relationship between functional ability, perceived severity of illness, family relationship, depression-inducing medications and depression of older patients were analyzed by Spearman's Rank Correlation Coefficient because these variables had non-normal distribution. In addition, the relationship between age, , physiologic severity of illness, and depression of older patients were analyzed by Pearson 's Correlation Coefficient.

Results

Demographic data of the Sample

The sample consisted of 100 patients aged 60 years up who were admitted at Medical Units of Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital from October to December B.E. 2551. All of them were willing to participate

in the study. Male/female ratio was 50/50. The sample aged between 60-88 years with an average age of 72.15 years (S.D. = 7.44). Most of them were married, followed by widow/divorce/separation and single (66% and 34% respectively). More than half of them finished elementary level (59%), and most of them were unemployed (74%). They mostly earned 6,000 baht per month, followed by 4,001-6,000 baht (38% and 32% respectively). Major income source came from their children (72%), and almost all of them had sufficient income (87%). Most of the sample lived with their children (43%), followed by their spouses/children (39%).

Health Problems of the Sample

Almost all of the sample had congenital disease (98%), and they mostly had more than 1 congenital disease/health problem with a mean of 3.52 (S.D. = 2.04). Frequent congenital diseases were hypertension, followed by heart disease, diabetes, kidney disease, hyperlipidemia, insomnia, bone & joint, prostate gland hyperplasia, and cancer respectively. Besides, almost all of them had no history of depression as perceived by the patients (97%). Most participants were provided with depression-inducing medications (88%). One participant might receive more than 1 type of depression-inducing medication averagely at 2.19 (S.D. = 1.80). The most prescribed ones included antihypertensive drugs, benzodiazepines, other medicines (such as cancer chemotherapeutic agents, metoclopramide, digoxin, and carbamazepine), corticosteroids, antimicrobial drugs, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), and analgesic drugs (narcotic) (60%, 50%, 30%, 27%, 24%, 15%, and 8% respectively).

Variables Characteristics

Variables in this study includes gender, age, marital status, functional ability, perceived severity of illness, physiologic severity of illness, family relationship, the number of depression-inducing medications, and depression of older patients. The data analysis revealed that the sample aged between 60-88 years (M = 72.15, S.D. = 7.44). Mean scores of functional ability were at an excellent level (M = 14.89, S.D. = 3.83), mean scores of perceived severity of illness were at a medium level (M = 58.50, S.D. = 21.53), mean scores of physiologic severity of illness were at a low level (M = 8.02, S.D. = 5.63), mean scores of family relationship were at

an excellent level ($M = 40.28$, $S.D. = 2.53$), and mean scores of depression was at a low level ($M = 15.47$, $S.D. = 4.26$).

According to the data analysis, it was found that functional ability and family relationship of most participants were at an excellent level (80% and 99% respectively). Regarding depression-inducing medications, most of the sample were provided with 1-3 medicines (69%), followed by more than 4 medicines up (19%). Besides, it was found that more than half of the sample had depression (79%); they mostly had mild depression (58%), followed by moderate depression (19%), and severe depression (2%), whereas 21% of them had no depression.

Factors Related to Depression of the Older Patients in Medical Units

According to the data analysis, it was found that elderly men had significantly higher depression than elderly women ($t = 3.11$, $df =$, $p = .002$), and mean scores of depression between married status and single/ widow/ divorce/ separation status were not significantly different ($t = -1.29$, $df =$, $p > .05$). In addition, it was found that perceived severity of illness was positively related to depression ($r_s = .428$, $p = .001$). On the contrary, it was found that other factors namely age, functional ability, physiologic severity of illness, family relationship, and depression-inducing medications were not significantly related to depression of older patients ($p > .05$).

Discussion

The sample in this study consisted of 100 older patients. When considering personal factors such as age, gender, and marital status, it was found that male/female ratio was 50/50. The sample aged between 60-88 years with an average age of 72.15 years. Most of them were married (66%). More than half of them finished elementary level (59%), followed by secondary level. Besides, most older patients were unemployed (74%) whereas 12% of them had other occupations such as private business or housewife. They mostly earned 6,000 baht per month, followed by 4,001-6,000 baht (38% and 32% respectively). However, most older patients had sufficient income (87%). Major income source came from their children (72%). The findings of this study were in accordance with the previous studies (Pichai, K., B.E. 2546; Jantarapat, C., B.E. 2543; Sampao, P., B.E. 2548). This represented that although older persons had no occupation, their income mainly came from their children and

enough to fulfill older persons' requirements. Such action was regarded as the expression of gratitude in Thai society. Older persons had no occupation possibly due to their old age, and their physical changes obstructing works. Also, according to value of Thai society, older persons should stay home instead of work. The majority of Thai families were the extended family comprising several members: grandparents, parents, and children. Although the single family was more found at present, family members living apart always made home visits especially during special occasions. Their income mainly came from children probably because Thai society recognized it as the expression of gratitude toward benefactors. Regarding religion and tradition, older persons took the important role in hosting ceremonies such as festivals, merit-making ceremonies, and local ceremonies, so older persons were still the role model for families and society (Saokamket, S., B.E. 2545).

When analyzing health problems of older persons, it was found that almost all of them in medical units had congenital disease (98%), and most of them had more than one congenital disease with a mean of 3.52. Frequent diseases were hypertension, followed by heart disease and diabetes (50%), kidney disease, hyperlipidemia, insomnia, bone & joint (19%). Almost all of them had no history of depression as perceived by the patients (97%). Most participants were provided with some medicines causing risk for depression (88%) with a mean of 2.19. The most prescribed ones included Antihypertensive drugs, followed by benzodiazepines, corticosteroids, antimicrobial drugs, as well as cancer chemotherapeutic agents, and digoxin. According to the study, it was found that the hospitalized older patients usually had more than one health problem. Frequent congenital diseases were hypertension, heart disease, and diabetes. This could be explained that older persons had physical changes in line with their age such as circulatory system, respiratory system, liver, and kidney, so they had less resistance to diseases resulting in several diseases especially chronic diseases such as cancer, arthritis, hypertension, rheumatoid arthritis, diabetes, Parkinson's disease, and cerebral thrombosis (Siripanich, B., B.E. 2544; Eliopoulos, 1993; Miller, 1999). The hospitalized older patients who had more than one health problems had a chance to use various medications including depression-inducing medications and others. The findings of this study corresponded to the study of Pichai, K. (B.E. 2546) and Jantarapat, C. (B.E. 2543).

Factors related to Depression of Older Patients in Medical Units

Gender: According to the study, it was found that male/female older patient's ratio was 50/50. When analyzing differences of depression mean scores, it was found that male patients had significantly higher depression than female patients. This could be explained that most of male participants in this study had no occupation (74%), their income mainly came from their children (62%), and most of them had congenital disease (96%). According to the above findings, it could be explained that Thai culture gave importance of men who were the head of the family and took high responsibilities in taking care of their family. Thus, when male older patients could not work due to their old age and more than one congenital disease, they felt loss of potential to continue performing their roles, loss of power, worthless, loss of self-esteem possibly leading to depression. Accordingly, the study of Sathirapanya, C. and Sathirapanya, P. (B.E. 2548) on factors influencing depression of 378 patients with cerebrovascular disease found that males would have significantly higher depression than female because most patients had a medium level of functional ability. However, this study was not in accordance with some previous studies revealing that females had more depression than males.

Marital status: According to the study, it was found that most older patients were married (66%). When analyzing differences of depression mean scores, it was found that average depression between married status and single/widow/divorce/separation status was not significantly different. This could be explained that most of the sample in this study were married and almost all of the sample lived with their spouses and/or children. Therefore, this study found that depression between married status and single/widowed/divorced/separation status was not different. This was possibly because marital status indicates family status, social support, and determined social roles especially spouses, thus, marital status was considered as a significant factor affecting mental disorders or mental health problems of older persons (Saokamket, S., B.E. 2545). Thus, older persons who have good relationship with their spouses would also have good mental health, or could make adaptation or cope with stress properly according to the study of Poorungruangpol, P. (B.E. 2548).

Age: According to the study, it was found that the patients were aged between 60-88 years with an average age of 72.15 years. Most of them were aged between 60-74 years (57%), followed by aged between 75-84 years (40%). When analyzing the relationship, it was found that age was not significantly related to depression of older patients. This indicated that older patients were not necessarily more depressed than the younger ones. In other words, depression was not subject to age. This result is consistent with previous studies (Jantarapat, C., B.E. 2543; Pichai, K., B.E. 2546; Poorungruangpol, P., B.E. 2548), which found that age was not significantly related to depression of older persons. This was possibly because most older patients in this study were in the young old age that might not have much physical and psychosocial changes. Besides, they were in the similar age, so variance could be hardly explained.

Perceived severity of illness: According to the study, it was found that the mean score of perceived severity of illness of older patients was at a medium level. When analyzing the relationship, it was found that perceived severity of illness was positively, significantly related to depression of older patients. This indicates that the higher perceived severity of illness, the higher depression. This is possibly because perceived severe health status that was a negative situation estimation might cause suffering and unpleasant treatment outcome, or to witness other patients with same diseases that were incurable and tended to die would affect their problem coping, possibly leading to depression (Stoudemire, 1994). Similarly, the study of Jantarapat, C. (B.E. 2543) found that perceived severity of illness was significantly related to depression of the hospitalized older patients. Thus, if older persons perceive that illness threatens their health and could not be relieved, they would have depression in case of no solution in the long term (Seligman, 1981).

Physiologic severity of illness: According to the study, it was found that the mean score of physiologic severity of illness was at a low level. When analyzing the relationship, it was found that physiologic severity of illness was not significantly related to depression of older persons. This could be explained that most older patients in this study had a similar, low level of physiologic severity of illness when measured by the APACHE II (25 out of 65 points). It is possible that a low variance of the APACHE II score of the sample made it difficult to find its relationship with the

depression score. Basically, the APACHE II was developed to use in the critical care unit. Thus, it might be possible that the APACHE II might not be sensitive to measure severity of illness in patients with chronic diseases who had been admitted with acute problems in the medical unit, but not in the crisis condition.

Family relationship: According to the study, it was found that mean score of family relationship of most older patients was at an excellent level (99%). When analyzing the relationship, it was found that family relationship was not significantly related to depression of older patients. This could be explained that most older patients in this study had an excellent level of family relationship. They mostly lived with their children and/or spouse, which is considered as the extended family in Thai society. Traditionally, family members supported, respected, and encouraged one another. Thus, the low variance of family relationship in this study might be the reasons for non significant correlation between family relationship and depression.

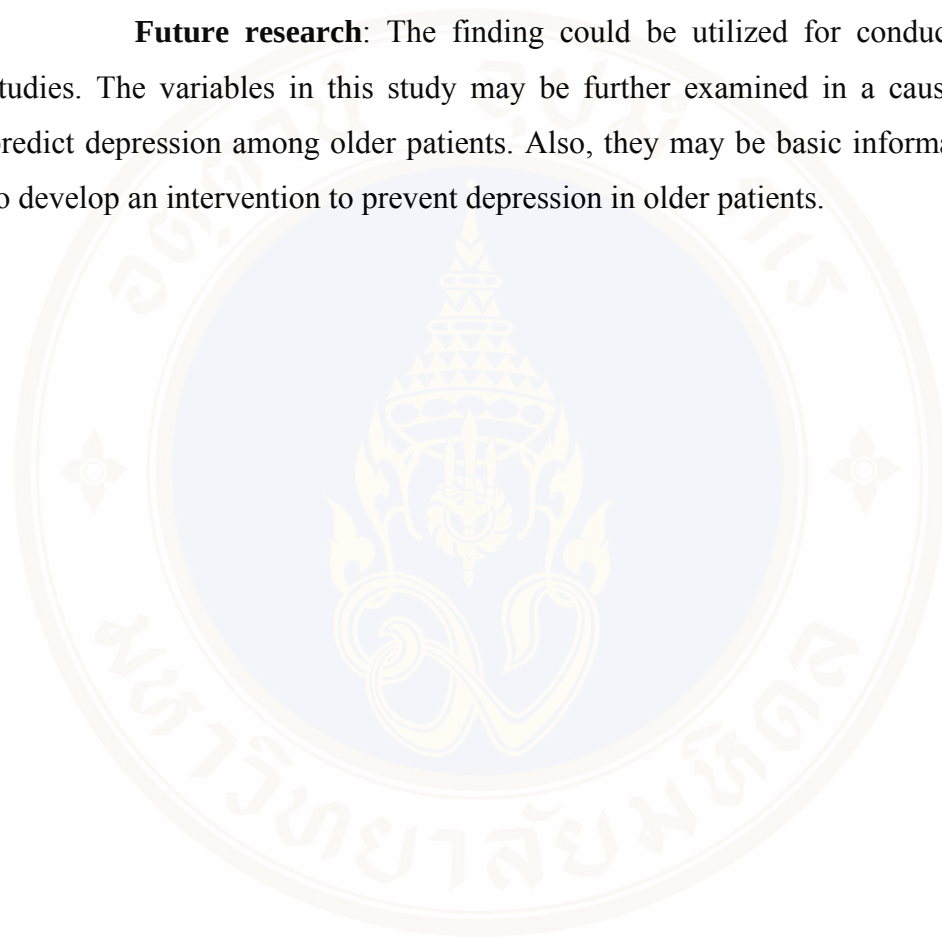
Depression-inducing medications: According to the study, it was found that the average number of depression-inducing medications of older persons was approximately 2. It was found that depression-inducing medications of older patients were not significantly related to depression of older patients. A possible explanation is that most older patients in this study received few medications. Furthermore, medical advancement regarding medications for older persons had increasingly developed for preventing possible side effects. According to a literature review on depression-inducing medications, there was some empirical evidence indicating that depression-inducing medications include propranolol, corticosteroids, interferon- α , gonadotropic releasing hormone agonist, mefloquine, and contraceptive implant (Patten & Barbui, 2004). However, not many older patients received those medicines. The above information might explain the findings of this study that depression-inducing medications were not significantly related to depression of older patients.

Recommendations

Implication for nursing practice: According to this study on factors related to depression of the hospitalized older patients, especially in Medical Units, perceived severity of illness is a significant factor related to depression in older patients. Thus, health care providers should assess what older patients perceive toward

their severity of illness and create interventions to this matter properly. Older patients should be informed about their health states, for example, sign and symptoms, treatment, and information about illness with an appropriate manner. In addition, nurses should be more aware of depression in hospitalized older patients who have been perceived severity of illness that so much.

Future research: The finding could be utilized for conducting further studies. The variables in this study may be further examined in a causal model to predict depression among older patients. Also, they may be basic information as part to develop an intervention to prevent depression in older patients.



รายการอ้างอิง

- กาญจนา พุ่งไพศาล. (2539). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองกำแพงเพชร อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กาญจณี สิทธีวงศ์, จิราพร ชีรพัฒนะ, กนกพร หมุ่มพัยค์, วาสนา แฉล้มเขตร์, และรุ่งนภา ผาณิตรัตน์. (2539). รายงานการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลของครอบครัวของผู้สูงอายุกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 10 (1), 45- 59.
- กนกพร สุดาวัง. (2540). แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กนกรัตน์ สุชะตุงคะ และคณะ. (2542). ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบท และชุมชนเมือง. *สารศิริราช*, 51 (4), 232- 243.
- กมลีน สาตรา. (2531). ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ศึกษาในกรณีผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกริกชัย พิชัย. (2546). ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (2536). *มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเล่มที่ 2*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เกษม เล่งเวหาสถิตย์ และคณะ. (2540). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิชาการแพทย์เขต* 8, 5 (2), 115-121.
- จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(2), 229-237.
- จิรนนท์ แก้วนิล. (2543). การศึกษาความคิดเห็นของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราต่อการกลับไปอาศัยอยู่กับครอบครัวหรือญาติ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านภูเก็ต. ภูเก็ต: กรมประชาสงเคราะห์.

- จารุวรรณ เหมะธร, สมใจ ทนกุล, จรรยา เสี่ยงเสนาะ, และสุลี ทองวิเชียร. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 11* (1), 49-56.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). ภาวะอารมณ์เศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *พยาบาลสาร, 25* (3), 9-20.
- ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชอลดา พันธุเสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤติตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.
- ทัศนา บุญทอง. (2531). พยาบาลกับการป้องกันโรคทางจิต. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชากรณีเลือกสรรการพยาบาลมารดา ทารก และการพยาบาลจิตเวช*. (หน้า 1299-1377). กรุงเทพฯ: ศุภวิชการพิมพ์.
- ทัศนีย์ รัชชา. (2537). การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตำบลริมเหนือ อำเภอแม่อรม จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นุชนาฏ แจ่มสว่าง. (2548). ปัจจัยทำนายจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามารบดี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทิกา ทวิชาชาติ, อรพรรณ เมหสุทะ, และธงชัย ทวิชาชาติ. (2533). การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 35* (4), 195-203.
- นิพนธ์ พงวารินทร์ และคณะ. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. *สารศิริราช, 46* (1), 1-9.
- บุญศรี นุเกตุ. (2545). บทบาทและสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัวและชุมชนผู้สูงอายุ. ใน บุญศรี นุเกตุ และปาลิรัตน์ พรทวีกันทา (บก.). *การพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 167-188). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2544). *ผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

- ปาริชาติ คำชู. (2551). ผลการใช้โปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.
- ปรีชา ศตวรรษารัง. (2544). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ปราณี วัฒนโชติ และนพดล สมบูรณ์. (2538). ภาวะซึมเศร้า: อธิบายบนพื้นฐานทฤษฎีจิตวิเคราะห์. ลำปางเวชสาร, 6 (2), 157-169.
- เพ็ญศรี หลินสุนนท์. (2543). การศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์พรรณ กุรุ้งเรืองผล. (2548). ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับข้าราชการหลังเกษียณอายุในกองทัพเรือ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรพจน์ กิ่งแก้ว. (2538). องค์ประกอบทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. สารนิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรเพ็ญ สำเภา. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว้าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรพิมล อรุณรุ่งโรจน์. (2543). การยอมรับคุณค่าและบทบาทผู้สูงอายุของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พวงผกา ชื่นแสงเนตร. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจในชีวิต ของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลตะวันตก จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขานามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช ทับมณี. (2541) ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- มาลี เลิศมาลีวงศ์, อรสา พันธักดี, และสุวิมล พนาวัฒนกุล. (2535). อัฒโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *รามาชิปดีเวชสาร*, 15, 153-158.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2547). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ*. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ละออ หุตางกูร. (2535). *หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาลชีว-จิต-สังคม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต.
- วารี กังใจ. (2541). ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 6 (1), 13-20.
- วิรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2552). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย (บก.). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน* (หน้า 125-157). กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนี่ยน ศรีเอช จำกัด.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2545). การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สรีรวิทยา จิตสังคม และจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ. ใน จันทนา รณฤทธิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ (บก.). *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 51-75). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ศรีจิตรา บุนนาค และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). สถานการณ์ของผู้สูงอายุในปัจจุบัน: ปัญหาทางสุขภาพ ภาวะพึ่งพา และแนวโน้มนโยบายทางการแพทย์และการสาธารณสุขในผู้สูงอายุ. ใน *ผู้สูงอายุคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
- ศรีวรรณ ดันศิริ และคณะ. (2535). ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอาสนะเวศน์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 6 (1), 32-39.
- สุดสบาย จุลกัทพะพะ. (2552). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย (บก.). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน* (หน้า 159-169). กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนี่ยน ศรีเอช จำกัด.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล. (2551). *สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2547). *การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2537). คุณค่าและการวิเคราะห์ปัจจัยของเจริแอทริกซ์ ดีเปรสชันสเกลในผู้สูงอายุไทย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 38, 383-389.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2549). *สถานการณ์และปัญหาผู้สูงอายุไทย*.

Retrieved August 8, 2007, from <http://www.thaihealth.or.th/cms/detail.php?id=39.html>

สุปริดา มั่นคง, เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, ทิพวรรณ ไตรติลลนันท, พงนี รอดจินดา, และสุนทรี
เจียรวิทย์กิจ. (2549). ความสามารถในการทำหน้าที่และความต้องการการดูแลของ
ผู้ป่วยสูงอายุก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. *รวมาริบัติพยาบาลสาร*, 12 (3), 318-
333.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2552). *สถานการณ์จริงของผู้สูงอายุในประเทศไทย*. Retrieved March 25,
2010, from The Thai Journal of Primary Medicine 5 journal PCFM. indd Web
site:<http://www.slideshare.net/maple036/ss-2347379>

โสภณ แสงอ่อน, พรเพ็ญ ลำเภา, และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ
สุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้ และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *รวมาริบัติ
พยาบาลสาร*, 13 (1), 54-68.

สมพร รัตนพันธ์. (2541). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สมภพ เรืองตระกูล. (2547). *คำราจิตเวชผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สรวิทย์ สังข์ศรี, พิมพ์ภรณ์ สังข์ศรี, และสุวรรณี เรืองเดช. (2540). การศึกษาอารมณ์เศร้าในผู้ป่วย
จิตเวชสูงอายุ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 28
(2), 1-11.

สิริสุดา ชาวคำเขต. (2545). การรับรู้ต่อตนเองและอัตมโนทัศน์ในผู้สูงอายุ. ใน บุญศรี นุเกตุ และ
ปาลิรัตน์ พรทวีกันทา(บก.). *การพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 157-165). นนทบุรี:
ยุทธรินทร์การพิมพ์.

สุวรรณี มหาภานันท์. (2538). *ผลการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลของโอเริ่มต่อความผาสุก
ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันนอนที่อยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*.
กรุงเทพฯ: วิ.เจ. พรินติ้ง.

อรุณี นาเคพงศ์. (2539). *ภาวะทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองด้านโภชนาการและภาวะ
โภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- Alexopoulos, G. S., Vrontou, C., Kakuma, T., Meyers, B. S., Young, R. C., Klusner, E., et al. (1996). Disability in geriatric depression. *American Journal of Psychiatry*, 153 (7), 877- 885.
- Anderson, S. V., & Bauwens, E. E. (1981). *Chronic health problems concepts and application*. St. Louis: C.V. Mosby.
- American Psychiatric Association. (2000). DSM-IV-TR. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Barder, L., Slimmer, L., & Lesage, J. (1994). Depression and issues of control among elderly people in health care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 597-604.
- Barfield, K. H. (1991). Practical psychopharmacologic considerations in depression. *Nursing Clinics of North America*, 26 (30), 651-663.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, D. A., & Koenig, H. G. (1996). Minor depression: A review of the literature. *Internal Journal Psychiatry in Medicine*, 26 (2), 177-209.
- Beeber, L. S. (1998). Treating depression through the therapeutic nurse-client relationship. *Nursing Clinics of North America*, 33 (1), 153-172.
- Berger, K. S., & Williams, M. B. (1992). *Fundamentals of nursing: collaborations for optimal health*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Blazer, D., Burchett, B., Service, C., & George, L. K. (1991). The association of age and depression among the elderly: An epidemiologic exploration. *Journal of Gerontology*, 46, 210-215.
- Blazer, D. G. (1994). *Principle and practice of geriatric psychiatry*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Blixen, E. C., Wilkinson, L. K., & Schuring, I. (1994). Depression in an elderly clinic population findings an ambulatory care setting. *Journal of Psychosocial Nursing*, 2 (6), 43-49.
- Blumental, M. (1980). Depression illness in old age: Getting behind the mask. *Geriatrics*, Apr., 34-43.
- Breckridge, J. N., Gallagher, D., Thompson, L. W., & Peterson, J. (1986). Characteristic depressive symptoms of bereaved elders. *Journal of Gerontology*, 42 (1), 163-168.
- Buckwalter, K. C. (1995). Depression and suicide. In M. Stanley & P. G. Beare (Eds.). *Gerontological nursing*, (pp. 383-393). Philadelphia: F. A. Davis Co.

- Buckwalter, K. C., & Piven, L. S. (1999). Depression. In J. T. Stone, J. F. Wyman, & S. A. Salisbury (Eds.). *Clinical Gerontological nursing* (2nd ed.). (pp. 387-410). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Buss, E. W., & Blazer, D. G. (1996). *The American psychiatric press: Textbook of geriatric psychiatry* (2nd ed.). Washington D. C.: American Psychiatric Press.
- Closs, S. J. (1996). Pain and elderly patients: A survey of nurse's knowledge and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 237-242.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, S., & Will, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Colenda, C. C., & Smith, S. L. (1993). Multivariate modeling of anxiety and depression in community-dwelling elderly persons. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1, 327-338.
- Conwell, Y., Caine, E. D., & Olsen, K. (1990). Suicide and cancer in late life. *Hospital Community Psychiatry*, 41, 1334-1338.
- Dean, A., Kolody, B., & Wood, P. (1990). Effect of social support from various sources on depression in elderly persons. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, (6), 148-161.
- Diamond, P. T., Holroyd, S., Maccioechi, S. N., & Felsenthal, G. (1995). Prevalence of depression and outcome on the geriatric rehabilitation unit. *American Journal Physical Medication Rehabilitation*, 74 (3), 214-217.
- Dunham, N. C., & Sager, M. A. (1994). Functional status, symptoms of depression and the outcomes of hospitalization in community-dwelling elderly patients. *Achieves of Family Medicine*, 3, 676-681.
- Eliopoulos, C. (1993). *Gerontological nursing* (3rd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Fontaine, K. L., & Fletcher, J. S. (1995). *Essentials of mental health nursing* (3rd ed.). California: Addison-Wesley Nursing.
- Friedman, M. M. (1986). *Family nursing: Theory and Assessment*. New York: Appleton-Century Crafts.
- Garrard, J., Rolnick, S. J., Nitz, N. M., et al. (1998). Clinical detection of depression among

- community-based elderly people with self-reported symptoms of depression. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 53A. M92-M101.
- Gomez, G. E., & Gomez, E. A. (1993). Depression in the elderly. *Journal of Psychosocial Nursing*, 31 (5), 28-33.
- Greist, J. H., & Jefferson, J. W. (1992). *Depression and its treatment*. Washington D. C.: American Psychiatric Press.
- Hagerty, B. M. (1995). Advances in understanding major depressive disorder. *Journal of Psychosocial Nursing*, 33 (11), 27-34.
- Hanucharunkul, S. (1988). *Social support, self care, and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand*. Dissertation for degree of doctor of philosophy, Wayne State University.
- Harkness, G. A., & Dincher, J. R. (1999). *Medical surgical nursing: Total patient care* (10th ed.). St. Louis: Mosby.
- Harlow, S. D., Goldberg, E. L., & Comstock, G. W. (1991). A longitudinal study of the prevalence of depression symptomatology in elderly widowed and married woman. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1065-1068.
- Holahan, C. K., Halahan, C. J. (1987). Self efficacy, social support, and depression in aging: A longitudinal analysis. *Journal of Gerontology*, 42 (1), 65-68.
- Hughes, C. (1997). Depression and mania in late life. In I. J., Norman & S. J., Redfern (Eds.), *Mental health care for elderly people*. (pp. 141-156). New York: Churchill Livingstone.
- Hunter, S. (1992). Promoting quality of life for the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 18 (2), 17-20.
- Jacoby, R. (1997). *Psychiatry in elderly* (2nd ed.). Oxford: Oxford University press.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., Chandraprasert, S., & Bunnag, S. (1994). Disability among Thai elderly living in Klong Toey Slum. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 77 (5), 231- 238.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., & Ebrahim, S. (1994). The Meaning of Activities of Daily Living in a Thai Elderly Population: Development of a New Index. *Age and Aging*, 23, 97-101.

- Jitapunkul, S., Na Songkla, M., Chayovan, N., Chirawatakul, A., Choprapawon, C., Kachondham, Y., et al. (1998). Factors associated with state hospital utilization among Thai elderly who had illness which needed hospitalization. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 81, 658-664.
- Josephrin, A., et al. (1996). Function status in depressed patients: The relationship to disease severity and disease resolution. *Journal Clinical Psychiatry*, 57 (12), 588-592.
- Kaplan, H. I., & Sandock, B. J. (1989). *Comprehensive textbook of psychiatry volume 2* (5th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins, Inc.
- Kennedy, G. J., Kelman, H. R., & Thomas, C. (1991). Persistence and remission of depressive systems in late life. *American Journal of Psychiatry*, 148 (2), 174-178.
- Katz, I. R. (1996). On the inseparability of mental and physical health in age persons lessons from depression and medical comorbidity. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 4, 1-16.
- Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P., & Zimmerman, J. E. (1985). APACHE II: a severity of disease classification system. *Critical Care Medicine*, 13, 818-829.
- Koenig, H. G., Blazer, D. G., Cohen, H. J. (1992). Major depression in hospitalized medical ill older man: Documentation, management and outcome. *Internal Journal Geriatric Psychiatry*, 7, 25- 34.
- Koenig, H. G., Cohen, H. J., Blazer, D. G., Krishman, R. R., & Silbert, T. E. (1993). Profile of depressive symptoms in younger and older medical inpatients with major depression. *Journal American Geriatric Society*, 41, 1169-1176.
- Koenig, H. G., George, L. K., Peterson, B. L., & Pieper, C. F. (1997). Depression in medically ill hospitalized older adults: prevalence, characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic schemes. *American Journal Psychiatry*, 154 (10), 1376-1383.
- Koenig, H. G. (1998). Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure. *General Hospital Psychiatry*, 20, 29-43.
- Koenig, H. G., Meader, K. G., Cohen, H. J., & Blazer, D. G. (1988). Depression in elderly hospitalized patients with medical illness. *Archive Internal Medication*, 148, 1929-1936.

- Kranch, P. (1995). Assessment of depressed older persons living in a home setting. *Home Health Care Nurse, 13* (3), 61-64.
- Kumar, A., Lavretsky, H., & Elderkin-Thompson, V. (2004). Non-major clinically significant depression in the elderly. In S. P., Roose, & H. A., Sackeim (Eds.), *Late-life depression*. New York: Oxford University Press.
- Kurlowicz, L. H. (1994). Depression in hospitalized medically ill older adults: Evolution of the concept. *Archives of Psychiatric Nursing, 7*, 124-126.
- Kurlowicz, L. H. (1997). Nursing standard of practice protocol: Depression in elderly patients. *Geriatric Nursing, 18*(5), 192-199.
- Lebowitz, B. D., Pearson, J. L., Schneider, L. S., Reynolds III, C. F., Alexopoulos, G. S., Bruce, M. L., et al. (1997). Diagnosis and treatment of depression in late life: Consensus statement update. *Journal of American Medicine Association, 278* (14), 1186-1190.
- Lueckenotte, A. G. (1996). *Gerontological nursing*. St. Louis: Mosby.
- Mahony, F. J., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal, 14*, 61-65.
- Margolis, S. E. (2001). Mental health issues. In M. O. Hogstel (Eds.), *Gerontology nursing care of the older adults*. (pp. 367-372). U.S.A.: Delmar Thompson Learning, Inc.
- Marsh, C. M. (1997). Psychiatric presentations of medical illness. *The Psychiatric Clinics of North America, 20* (1), 181-204.
- Matteson, M. A., & McConnell, S. E. (1988). Psychosocial aging changes. In M. A. Matteson, & S. E. McConnell (Eds.). *Gerontological nursing concepts and practice*. (pp. 432-479). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Miller, C. A. (1995). *Nursing care of older adults theory and practice* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Miller, C. A. (1999). *Nursing care of older adults: theory and practice* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Miller, C. A. (2003). Safe medication practices: Nursing assessment of medication in older adults. *Geriatric Nursing, 24* (5), 314- 315.
- Miller, S. S., Miller, J. A., & Miller, D. E. (1986). *Lifespan plus: the definition guide to health and welling the rest of your life*. New York: Macmillan Publishing Company.

- Morrow, W. R., & Wilson, R. C. (1961). Family relation of bright high-achieving and under achieving high school boy. *Child Development*, 32, 501- 510.
- Mossey, J. M., Knott, K., & Craik, R. (1990). The effect of persistent depressive symptoms on hip fraction recovery. *Journal Gerontological*, 45, 163-168.
- Murphy, E. (1982). Social origins of depression in old age. *British Journal of Psychiatry*, 141, 135- 142.
- Murphy, E. (1983). The prognosis of depression in old age. *British Journal of Psychiatry*, 142, 111-119.
- Neese, J. B. (1991). Depression in general hospital. *Nursing Clinics of North America*, 26 (3), 613- 622.
- Oxman, T. E., & Hull, T. G. (1997). Social support depression and activities of daily living in older heart surgery patients. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 52, 1-14.
- Parikh, R. M., Lipsey, J. R., Robinson, R. G., et al. (1990). The impact of post-stroke depression on recovery in activities of daily living over 2 year follow-up. *Archive Neurological*, 47, 785-789.
- Parmlee, P. A., Kate, J. R., & Lawton, M. P. (1991). The relation of pain to depression among institutionalized aged. *Journal of Gerontology*, 46, 15-21.
- Patten, S. B., & Barbui, C. (2004). Drug- induced depression: A systematic review to inform clinical practice. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 73, 207-215.
- Peden, A. R. (1993). Recovering in depressed women: research with Peplau's theory. *Nursing Science Quarterly*, 6 (3), 140-146.
- Piven, M. L., & Buckwalter, K. C. (2001). In M. L. Mass, K. C. Buckwalter, M. D. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. G. Titler, & J. P. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults*. (pp. 521-540). St. Louis: Mosby.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1996). *Data analysis and statistics*. Stamford: A Simon & Schester Company.
- Potter, P. A., & Perry, A. G., (1997). *Fundamental of nursing concepts, process, and practice* (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Pressman, P., Lyons, J. S., Larson, D. B., & Strain, J. J. (1990). Religious belief, depression and

- ambulation status in elderly women with broken hips. *American Journal Psychiatry*, 147, 758-760.
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds III, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. E., et al. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal Psychiatry*, 152 (1), 22-30.
- Raleigh, E. D. (1980). An investigation of hope as manifested in the physically ill adult. *Dissertation Abstracts International*, 41, 1313-1314 B.
- Reed, P. G. (1986). Developmental resources and depression in elderly. *Nursing Research*, 35 (6), 365-374.
- Roach, S. S. (2000). *Introductory gerontological nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Roose, S. P., & Sackeim, H. A. (2004). *Late-life depression*. New York: Oxford University Press.
- Ruegg, R. C., Zisook, S., & Swerdlow, N. R., (1988). Depression in the aged. *The Psychiatric Clinics North America*, 11, 83-99.
- Sable, J. A., Dunn, L. B., & Zisook, S. (2002). Late-life depression: How to identify its symptoms and provide effective treatment. *Geriatrics*, 57 (2), 18-35.
- Santus, G., Ranzenigo, A., Caregnato, R., & Inzoli, M. R. (1990). Social and family integration of hemiplegic elderly patients 1 year after stroke. *Stroke*, 21 (7), 1019-1022.
- Seligman, E. P. (1981). A learned helplessness point of view. In L. P. Rehm (Ed.), *Behavior therapy for depression*. New York: Academic Press.
- Shah, S., Vanclay, F., & Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42 (8), 703-709.
- Shamash, K., O'Connell, K., Lowy, M., & Katona, J. E. (1992). Psychiatric morbidity and outcome in elderly patients undergoing emergency hip surgery: A one follow up study. *Internal Journal Geriatric Psychiatry*, 7, 505-509.
- Sangon, S. (2001). *Predictors of depression in Thai women*. Dissertation for degree of doctor of philosophy, Michigan University.
- Steiner, D., & Marcopoulos, B. (1991). Depression in the elderly: characteristics and clinical management. *Nursing Clinic of North America*, 26 (3), 585-600.

- Stoudemire, A. (1994). *Clinical psychiatry for medical students* (2nd ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. (1983). *Nursing-client interaction* (3rd ed.). St. Louis: C. V. Mosby.
- Valente, S. M. (1994). Recognizing depression in elderly patterns. *American Journal of Nursing*, 94 (12), 18- 28.
- Walker, Z., & Katona, L. E. (1997). Depression in elderly people with physical illness. In M. M. Robertson, & L. E. Katona (Eds). *Depression and physical illness*, (pp. 169-181). Chichester: John Wiley & Sons.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., et al. (1983). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. แพทย์หญิง อรพิชญา ไกรฤทธิ
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. เกศักรหญิง สุชาดา ธนภัทร์กวิน
เกศักร 7 วช. วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
3. เกศักรหญิง ศุภศิลา สระเอี่ยม
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสภาพจิตอย่างสั้น (The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ)

คำชี้แจง เกณฑ์การให้คะแนน : นับจำนวนข้อที่ตอบถูกและจำนวนข้อที่ตอบผิด

คำถาม	ถูก	ผิด
1. วันนี้เป็นวันที่เท่าไร เดือน และปีอะไร		
2. วันนี้เป็นวันอะไรของสัปดาห์		
3. สถานที่แห่งนี้มีชื่อว่าอะไร		
4. หมายเลขโทรศัพท์ของคุณเบอร์อะไร (ถ้าไม่มีถามที่อยู่)		
5. คุณอายุเท่าไร		
6. คุณเกิดเมื่อไหร่ (วัน/เดือน/ปี)		
7. นายกรัฐมนตรีคนปัจจุบันคือใคร		
8. ใครคือนายกรัฐมนตรีคนที่แล้ว		
9. นามสกุลเดิมของแม่คุณคืออะไร		
10. คุณสามารถนับตัวเลขถอยหลังจาก 20 โดยหักออก 3		

การแปลผลคะแนน

- ผิด 0 – 2 หมายถึง สภาพจิตปกติ (normal mental functioning)
- ผิด 3 – 4 หมายถึง สภาพจิตผิดปกติเล็กน้อย (mild cognitive impairment)
- ผิด 5 – 7 หมายถึง สภาพจิตผิดปกติปานกลาง (moderate cognitive impairment)
- ผิด 8 หรือมากกว่า หมายถึง สภาพจิตผิดปกติรุนแรง (severe cognitive impairment)

หมายเหตุ ผิดมากกว่า 1 ข้อ อนุญาตให้สำหรับผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
ผิดน้อยกว่า 1 ข้อ อนุญาตให้สำหรับผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือมากกว่า

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามลงในช่องว่างที่กำหนดให้ หรือเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่อง () ให้ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ

☐ ชาย☐ หญิง

2. อายุ ปี

3. สถานภาพสมรส

☐ โสด☐ หม้าย/หย่า/แยกนาน...ปี☐ คู่

4. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ ปวช./ปวส.☐ ประถมศึกษา☐ ปริญญาตรี และสูงกว่า☐ มัธยมศึกษา☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

5. อาชีพปัจจุบัน

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ()รับจ้างทั่วไป☐ เกษตรกรรม☐ ค้าขาย☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

6. รายได้ปัจจุบันต่อเดือน

☐ ต่ำกว่า 2,000 บาท ☐ 4,001 – 6,000 บาท☐ 2,001 – 4,000 บาท ☐ มากกว่า 6,000 บาทขึ้นไป

7. ท่านมีรายได้มาจากไหน

☐ บุตร/หลาน☐ เงินบำนาญ☐ ญาติพี่น้อง☐ ทำงานด้วยตนเอง☐ ค่าเช่า/ดอกเบี้ย☐ เงินเก็บ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

8. ความเพียงพอของรายได้

☐ ไม่เพียงพอ☐ เพียงพอ

9. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร

☐ อยู่คนเดียว☐ อยู่กับบุตร/หลาน ☐ อยู่กับคู่สมรสและบุตร/หลาน☐ อยู่กับคู่สมรส☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

10. ท่านมีโรคประจำตัว/ปัญหาสุขภาพหรือไม่

() ไม่มี

() มี

11. จากข้อ 10 ท่านมีโรคประจำตัว/ปัญหาสุขภาพอะไรตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

(a1) เบาหวาน

(a16) ความดันโลหิตสูง

(a2) หัวใจ

(a17) ปอด

(a3) ไต

(a18) ตับ

(a4) กระดูกและข้อ

(a19) ภาวะอาหาร

(a5) การมองเห็นผิดปกติ เช่น ต้อกระจก ต้อหิน

(a20) หลอดลมอักเสบ

(a6) หอบหืด

(a21) ทางเดินปัสสาวะอักเสบ

(a7) ริดสีดวงทวาร

(a22) ไขมันในเลือดสูง

(a8) อัมพาต อัมพฤกษ์

(a23) มีนิ่วในถุงน้ำดี

(a9) ขาปลายมือปลายเท้า

(a24) ลำไส้อักเสบ

(a10) นอนไม่หลับ

(a25) เกรียด

(a11) เหนื่อยง่าย

(a26) หูไม่ค่อยได้ยิน

(a12) ท้องผูก

(a27) เบื่ออาหาร

(a13) โลหิตจาง

(a29) คันตามผิวหนัง

(a14) ต่อมลูกหมากโต

(a30) ความดันต่ำ

(a15) ปวดเมื่อยตามร่างกาย

(a31) นิ้ว

(a32) อื่นๆ โปรดระบุ.....

12. ท่านมีประวัติภาวะซึมเศร้าหรือไม่

() ไม่มี

() มี ระบุ.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล (The Modified Barthel Activities of Daily Index: MBI)

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามที่ตรงกับลักษณะของท่านมากที่สุดในช่วงขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล

กิจกรรม

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

- () 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้
- () 1. ดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
- () 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด, ในระยะ 24-48 ชั่วโมง)

- () 0. ต้องการความช่วยเหลือ
- () 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ตัวเองได้ ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปเก้าอี้)

- () 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น
- () 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมา จึงจะนั่งอยู่ได้
- () 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- () 3. ทำได้เอง

.

.

.

.

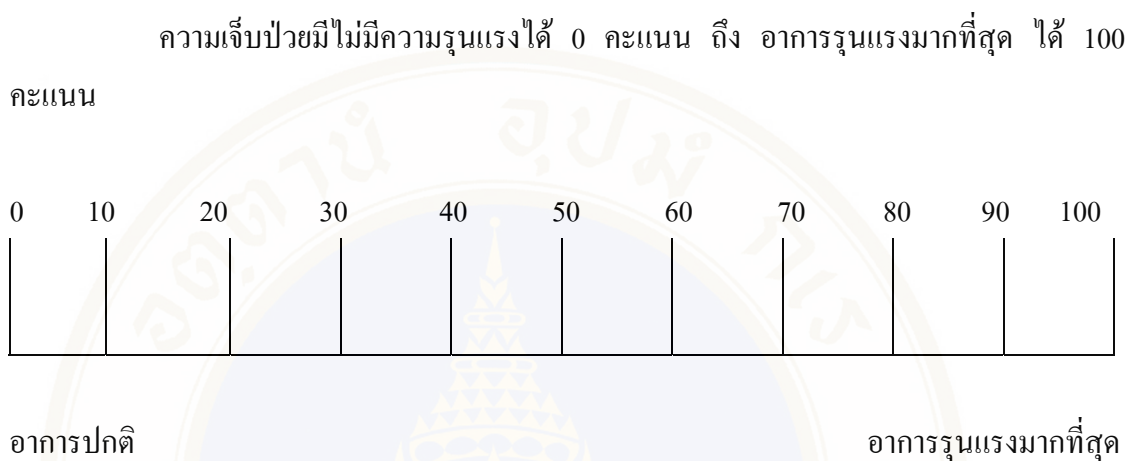
.

9. Bladder (การกลั้นปัสสาวะ)

- () 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ หรือต้อง CIC
- () 1. กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง
- () 2. กลั้นได้เป็นปกติ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

คำชี้แจง โปรดบอกความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่ท่านกำลังเผชิญอยู่ในตอนนี้ ว่ามีความรุนแรงอยู่ในระดับใด โดยมีเกณฑ์ดังนี้



ส่วนที่ 5 Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II)

คำชี้แจงที่ 1 จงใส่เครื่องหมาย $\checkmark$ ใน $\square$ ให้ตรงกับข้อมูลความรุนแรงของปัจจัยด้านสรีระหลังจาก 24 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลตามรายการต่อไปนี้ (สำหรับผู้วิจัยบันทึกค่าที่บ่งชี้ว่ามีความรุนแรงที่สุดในวันนั้น)

การประเมินความรุนแรงของปัจจัยด้านสรีระ (Acute Physiologic Factors)

Physiologic variable	High abnormal range					Low abnormal range			
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
1) Temperature-rectal (°C) * ¹	≥ 41 ☐	39-40.9 ☐		38.5-38.9 ☐	36-38.4 ☐	34-35.9 ☐	32-33.9 ☐	30-31.9 ☐	≤ 29.9 ☐
2) Mean arterial pressure* ² (mmHg)	≥ 160 ☐	130-159 ☐	110-129 ☐		70-109 ☐		50-69 ☐		≤ 49 ☐
3) Heart rate	≥ 180 ☐	140-179 ☐	110-139 ☐		70-109 ☐		55-59 ☐	40-54 ☐	≤ 39 ☐
4) Respiratory rate	≥ 50 ☐	35-49 ☐		25-34 ☐	12-24 ☐	10-11 ☐	6-9 ☐		≤ 5 ☐
5) Oxygenation* ³ a) FiO ₂ > 0.5 วัดค่า A-a DO ₂ b) FiO ₂ < 0.5 วัด PaO ₂ (mmHg)	≥ 500 ☐	500-499 ☐	200-349 ☐		< 200 ☐ PaO ₂ >70 ☐	PaO ₂ = 61-70 ☐		PaO ₂ = 55-70 ☐	PaO ₂ < 55 ☐

การประเมินความรุนแรงของปัจจัยด้านสรีระ (Acute Physiologic Factors) (ต่อ)

Physiologic variable	High abnormal range					Low abnormal range			
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
6) Arterial pH (ถ้าไม่มี)	≥ 7.7	7.6-7.69		7.5-7.59	7.33-7.49		7.25-7.32	7.15-7.24	< 7.15
ใช้ serum HCO_3 (mmol/L) แทน	≥ 52	41-51.9		32-40.9	22-31.9		18-21.9	15-17.9	< 15
7) Serum Na (mmol/L)	≥ 180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	≤ 110
8) Serum K (mmol/L)	≥ 7	6-6.9		5.5-5.9	3.5-5.4	3-3.4	2.5-2.9		< 2.5
9) Serum Creatinine (mg/dl) * ⁴ ARF ☐ Y(x2) ☐ N	≥ 3.5	2-3.4	1.5-1.9		0.6-1.4		< 0.6		
10) Hct (%)	≥ 60		50-59.9	46-49.9	30-45.9		20-29.9		< 20
11) WBC (total/mm ³)	≥ 40		20-39.9	15-19.9	3-14.9		1-2.9		< 1
12) 15-GCS* ⁵	(GCS = Glasgow-coma score) Score = 15 minus actual GCS = 15 - = ...								

หมายเหตุ คะแนนรวมความรุนแรงปัจจัยด้านสรีระ = ... คะแนน (คะแนนเต็ม = 60 คะแนน)

หมายเหตุ

*¹ อุณหภูมิที่ต้องการคือ อุณหภูมิที่วัดทางทวารหนัก ซึ่งมีอุณหภูมิสูงกว่าที่วัดจากทางปาก และทางรักแร้ถึง 0.5 และ 1 องศาเซลเซียส ตามลำดับ ฉะนั้นจึงต้องบวกอุณหภูมิเพิ่มขึ้นจากอุณหภูมิที่วัดจริงทางปาก 0.5 องศาเซลเซียส และ 1 องศาเซลเซียส สำหรับอุณหภูมิที่วัดทางรักแร้เพื่อปรับค่าให้สอดคล้องกับการให้คะแนน

*² Mean arterial pressure = [(systolic blood pressure) + (2 x diastolic pressure)] / 3

*³ ถ้าไม่มีการเจาะ ABG ให้ใช้ค่า SpO₂ แทน โดยจะนำค่า SpO₂ มาใส่สูตรของ Oxyhemoglobin Dissociation Curve ทาง computer online (Kelman, 1966) เพื่อคำนวณแปลงให้เป็นค่า PaO₂ ก่อน

*⁴ Serum creatinine ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหา Acute renal failure คะแนนจะเพิ่มเป็น 2 เท่า คือ คะแนนจะต้องคูณด้วย 2

หมายเหตุ (ต่อ) *⁵ GLASGOW COMA SCALE (Range 3-15 คะแนน)

การลืมตา สังเกตหนังตาบน

ลืมตาได้เอง	4
ลืมตาเมื่อเรียก	3
ลืมตาเมื่อเจ็บ	2
ไม่ลืมตาเลย	1

การพูด

พูดคุยได้ไม่สับสน	5
พูดคุยได้แต่สับสน	4
พูดเป็นคำๆ	3
ส่งเสียงไม่เป็นคำ	2
ไม่ออกเสียงเลย	1

การเคลื่อนไหว

ทำตามคำสั่ง	6
ทราบตำแหน่งที่เจ็บ	5
ชักแขนขาหนี	4
แขนมี Abnormal flexion	3
แขนมี Abnormal extension	2
ไม่เคลื่อนไหวเลย	1

คำชี้แจงที่ 2 จงตอบแบบสอบถามประวัติโรค/ภาวะกกดภูมิด้านทานของผู้ป่วย ตามหัวข้อในตาราง และใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “มี” ถ้าผู้ป่วยมีหรือเคยมีประวัติ แต่ถ้าผู้ป่วยไม่มีประวัติให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง“ไม่มี” (สำหรับผู้วิจัยบันทึก)

ประวัติโรค/ภาวะกกดภูมิด้านทานที่ผู้ป่วยมีอยู่หรือเคยมี	มี	ไม่มี
1. Liver		
1.1 documented cirrhosis		
1.2 portal hypertension		
1.3 UGI bleeding จาก varices		
1.4 hepatic encephalopathy		
2. Cardiovascular		
2.1 Functional class IV		
3. Respiratory		
3.1 Chronic respiratory failure (home ventilator)		
3.2 Chronic hypoxemia, Chronic hypercapnia		
3.3 Chronic restrictive or chronic obstructive lung disease		
เป็นขนาดขึ้นบันไดหรือทำงานไม่ไหว		
4. Renal		
4.1 ต้องการ chronic dialysis		
5. Immunocompromised host		
5.1 ได้รับ immunosuppressive drug		
5.2 Chemotherapy		
5.3 Radiation therapy		
5.4 High dose steroid (long term or recent)		
5.5 เป็นโรคที่ immunity เสีย เช่น leukemia, lymphoma, AIDS		

คำชี้แจงที่ 3 ใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ☐ เพื่อให้คะแนนภาวะสุขภาพเรื้อรัง (Chronic health score) ตามรายละเอียดของการให้คะแนนที่กำหนดไว้ (สำหรับผู้วิจัยบันทึก)

คะแนนภาวะสุขภาพเรื้อรัง (Chronic health score)

☐ 5 คะแนน สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติโรค/ภาวะกดภูมิด้านทานที่มีอยู่หรือเคยมีตามตารางข้างต้น หรือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกเงิน

☐ 0 คะแนน สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติโรค/ภาวะกดภูมิด้านทานตามตารางข้างต้น

คะแนนความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ (คะแนนเต็ม 65 คะแนน)

= คะแนนรวมความรุนแรงของปัจจัยด้านสรีระ + คะแนนภาวะสุขภาพเรื้อรัง

เช่น 25.....+.....5.....= 30

ส่วนที่ 6 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว

คำชี้แจง แบบสัมพันธภาพนี้ต้องการทราบถึงการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อตัวท่าน และโปรดตอบคำตอบให้ตรงกับความรู้สึกของท่านตามความเป็นจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว เกณฑ์ในการตอบมีดังนี้

ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นมีทั้งตรงและไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ แน่ใจ	ไม่ใช่
1. สมาชิกในครอบครัว รักและห่วงใยท่านเสมอ			
2. ท่านคิดว่ามีบุคคลในครอบครัวที่ท่านไว้วางใจ และเป็นທີ່ปรึกษาของท่านได้			
3. ท่านคิดว่าสมาชิกในครอบครัวเห็นความสำคัญในตัวท่าน			
4. สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่รู้ว่าท่านชอบและต้องการอะไร			
5. ท่านไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องต่างๆภายในครอบครัว			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
15. โดยสรุปแล้วท่านคิดว่าความสัมพันธ์ระหว่างท่าน กับคนในครอบครัวอยู่ในเกณฑ์			

ส่วนที่ 7 แบบประเมินจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (Depression-Inducing Medications Assessment Form)

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามเกี่ยวกับการได้รับยาในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้ตรงกับข้อมูลของท่านตามรายการดังต่อไปนี้ (สำหรับผู้วิชัยสัมผัสและ/หรือบันทึกจากเวชระเบียน)

- ท่านได้รับยาดังต่อไปนี้หรือไม่

1. Antihypertensive drugs

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ Reserpine | ☐ Clonidine |
| ☐ Hydralazine | ☐ Propranolol |
| ☐ ACE inhibitors ได้แก่ Enalapril, Captopril, และ Ramipril | |

2. Analgesic drugs (Narcotic)

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Morphine | ☐ Codeine |
| ☐ Meperidine | ☐ Pentazocine |
| ☐ Propoxyphene | |

3. Analgesic drugs (Non-narcotic)

- ☐ ยาในกลุ่ม Non-steroid anti-inflammatory drugs เช่น Indomethacin, Ibuprofen เป็นต้น

4. Antidepressant drugs

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Citalopram | ☐ Fluoxetine |
| ☐ Bupropion | ☐ Fluvoxamine |
| ☐ Mirtazapine | ☐ Nefazodone |

5. Corticosteroids

- ☐ Prednisolone
- ☐ Dexamethasone

6. Antimicrobials

- | | |
|--|--|
| ☐ Ethambutal | ☐ Sulfonamides |
| ☐ Isoniazid (INH) | ☐ Ampicillin |
| ☐ Griseofulvin | ☐ Metronidazole |
| ☐ Dapsone | ☐ Streptomycin |

7. Benzodiazepines

☐ Diazepam

☐ Lorazepam

☐ Clonazepam

8. Sedative drugs

☐ Dormicum

☐ Euhypnos

9. Other drugs

☐ Kappa

☐ Cancer chemotherapeutic agents

☐ Metoclopramide

☐ Phenytoin

☐ Digoxin

☐ Carbamazepine

☐ Interferon beta- 1b, Peginterferon

() ไม่ได้รับ

() ได้รับ

จำนวน.....ชนิด

ส่วนที่ 8 แบบวัดความซึมเศร้าผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale)

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสัมภาษณ์ตามข้อความแต่ละข้อ ตามความรู้สึกของท่านในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา (สำหรับผู้วิจัยบันทึก)

- ให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ
- ให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของ

ผู้สูงอายุ

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1. คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้			
2. คุณไม่ชอบทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			
3. คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร			
4. คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ			
5. คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
30. คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน			

ภาคผนวก ก

คำชี้แจงพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม
ผู้วิจัย	นางกาญจนา กิริยางาม นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
สถานที่วิจัย	หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและพิเศษ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ สถานภาพสมรส ความสามารถในการทำกิจกรรม ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ากับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม

ทำไมต้องศึกษาเรื่องนี้

ผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และอาจจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตใจได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ถ้าสามารถปรับตัวได้ก็จะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าไม่สามารถปรับตัวก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา และในปัจจุบันพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชนได้แก่ ภาวะซึมเศร้าซึ่งน่าจะมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสามารถในการทำกิจกรรม ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการที่ได้ทำการศึกษาวิจัยในปัจจัยเหล่านี้ จะทำให้เข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุได้ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรทางด้านสุขภาพมีความเข้าใจ และสามารถหาแนวทางในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและรักษาสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นการป้องกันผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ในขณะที่อยู่

ในโรงพยาบาล ซึ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมตามวัย และมีความสุขในชีวิต

วัตถุประสงค์

เพื่อความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ สถานภาพสมรส ความสามารถในการทำกิจกรรม ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ากับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม

จะปฏิบัติต่อท่านอย่างไร

ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์จากผู้วิจัย โดยจะสัมภาษณ์ท่านเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรม การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์ด้านสรีระ สัมพันธภาพในครอบครัว จำนวนชนิดของยาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาที

ประโยชน์

ข้อมูลที่ได้รับจะใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือท่าน และผู้ป่วยสูงอายุรายอื่นๆ ให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลหรือชุมชน

ความเสี่ยงหรือความไม่สบายใจที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายใดในการเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำการทดลองหรือปฏิบัติหัตถการใดๆที่มีการดูล้ำร่างกาย แต่ในการสัมภาษณ์อาจทำให้สูญเสียความเป็นส่วนตัวบ้าง รวมทั้งต้องการใช้เวลาในการสนทนาและตอบคำถาม

ท่านจำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการนี้หรือไม่

ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน โดยที่ท่านสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาและการพยาบาลใดๆที่ท่านได้รับแต่อย่างไร

ทางเลือกที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยเหมือนกันทุกคน

การรักษาความลับของท่าน

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ทั้งหมดจะเปิดเผยเฉพาะในรูปที่เป็นการสรุปผลการวิจัยทั้งนี้ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และผู้ที่จะสามารถรับรู้

ข้อมูลเหล่านี้นอกจากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วต้องได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัย
ก่อน

เจ้าหน้าที่สุขภาพที่ท่านสามารถติดต่อได้

กรณีมีเหตุจำเป็นหรือ ข้อสงสัยติดต่อผู้วิจัย คือ นางกาญจนา กิริยางาม วิทยาลัย
พยาบาลเกื้อการุณย์ 131/5 ถ.ขาว แขวงศิริพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300
โทรศัพท์ 02-2416-500 ต่อ 8210-1, 08-4139-9277, E-mail address: kkongnurat@yahoo.com



ภาคผนวก ง

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ทำที่ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
วันที่.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....
ถนน.....หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

- ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ (หัวหน้าผู้วิจัยและคณะ) นางกาญจนา กิริยาม เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม
- ข้อ 2. ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจโดยมิได้มีการบังคับขู่เข็ญ หลอกลวงแต่ประการใดและพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย
- ข้อ 3. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย อาการหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นรวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยโดยละเอียดแล้ว จากเอกสารการวิจัยที่แนบท้ายหนังสือให้ความยินยอมนี้
- ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น
- ข้อ 5. ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่าหากมีอันตรายใดๆ ในระหว่างการวิจัยหรือภายหลังการวิจัยอันพิสูจน์ได้จากผู้เชี่ยวชาญของสถาบันที่ควบคุมวิชาชีพนั้นๆ ได้ว่าเกิดจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัย และจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาล ดังกล่าวตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย ตลอดจนมีสิทธิได้รับค่าทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมายและในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับอันตรายจากการวิจัยถึงแก่ความตาย ทายาทของข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับค่าชดเชยและค่าทดแทนดังกล่าวจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัยแทนตัวข้าพเจ้า

ข้อ 6. ข้าพเจ้าได้รับทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบรรดาค่าใช้จ่าย ค่าชดเชย และค่าตอบแทนตามข้อ 5 ทุกประการ

ข้อ 7. หัวหน้าผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดต่าง ๆ ของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งความเสี่ยงและอันตรายต่างๆที่อาจเกิดขึ้น ในการเข้าร่วมโครงการนี้ให้ข้าพเจ้าได้ทราบ และตกลงรับผิชอบตามคำรับรองในข้อ 5 ทุกประการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้วิจัย

(นางกาญจนา กิริยางาม)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ 1. กรณีผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้แก่ผู้ยินยอมให้ทำวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย

2. ในกรณีผู้ให้ความยินยอมอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ จะต้องเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางกาญจนา กิริยางาม
วัน เดือน ปีเกิด	1 กันยายน พ.ศ. 2520
สถานที่เกิด	จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ พ.ศ. 2539-2543 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2548-2553 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
ทุนการศึกษา ที่อยู่ปัจจุบัน	131 / 5 วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ถนนขาว แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300 โทรศัพท์ 08-4139-9277 E-mail: kanjanak01@kcn.ac.th
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	อาจารย์ระดับ 5 วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย โทรศัพท์ 0-2241-6500 ต่อ 8210-1 E-mail: kkongnurat@yahoo.com