

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเมือง

พัชรภรณ์ ไชยสังข์ พยม.* สิริกร สุทธิวัฒน์ฐา พยม.*
ปรีมวิษญา อินตะกัน พยม.* สายใจ ลิชนะเชียร พยบ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทำนายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน จากปัจจัยด้านประชากรและสังคม และปัจจัยด้านสถานะสุขภาพกาย

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนได้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจำนวน 256 คน อาศัยอยู่ในชุมชนแขวงลำผักชี เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลช่วงพฤศจิกายน - ธันวาคม พ.ศ.2554 โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความรุนแรงของโรค และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสมการถดถอยพหุคูณโดยใช้เทคนิคแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย : พบว่า 1) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าสูง ร้อยละ 66.4 และรองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 22.3 2) สถานภาพสมรสคู่ สัมพันธภาพในครอบครัว ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง 5-10 ปี และ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ($r = 0.259, 0.414, 0.131, 0.306$) ส่วนอายุ สถานภาพสมรสหม้าย และระดับความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ($r = -0.181, -0.249, -0.284$) 3) สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความรุนแรงของโรคมีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเล็กน้อยถึงปานกลางเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต และระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง 5-10 ปี มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน และใช้พยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนได้ โดยมีประสิทธิภาพของการพยากรณ์ร้อยละ 25.7

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยเป็นแนวทางให้บุคลากรในทีมสุขภาพวางแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อป้องกัน และดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า โรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุ

*คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา นครนายก

**ศูนย์ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน 44 กรุงเทพมหานคร

PERDICTORS OF DEPRESSION AMONG OLDER ADULT WITH CHRONIC DISEASE IN URBAN AREA

Phatcharaphan Chaiyasung MNS.* Sirikorn Sutawatnatcha MNS.*
Primwichaya Intakan MNS.* Saijai Lichanatein BSN.**

Abstract

Objectives : To examine depression among elder adult with chronic disease in community, received population and social factors, and physical health factors.

Material and Methods : This descriptive research sample consisted of 256 older persons with chronic disease who lived in Lamphakchee community road, Nhonjok area, Bangkok. The sample was selected by multi-stage. Data collected from November to December 2012, using structured questionnaires of demographic socioeconomic variable, social activity, family relationship, ability of activity daily living, severity of disease, and the Thai Geriatric Depression Scale. The data were analyzed using descriptive statistics including: percentage, mean, standard deviation and stepwise multiple regression.

Results : The percentage of the elderly with chronic disease who had severe depression scores was 66.4 and moderate depression score was 22.3. 2) depression stage of among elderly in community were positively correlated to marriage status, family relationship, long-term 5-10 years of chronic disease and ability of activity living ($r=0.259, 0.414, 0.131, 0.306$). The other that: depression stage of among elderly in community were negatively correlated to age, divorce status, self care but limitation for severity of disease and depression stage ($r=-0.181, -0.249, -0.284$). 3) The positive correlation of family relationship, severity of disease lightly to moderated of activity were ability of activity living, long-term 5-10 years of chronic disease with depression of among elderly in community. The efficacy of prediction 25.7 percent.

Conclusions and suggestion : The findings suggest that the health care plan should focus on family relationship and daily activity living in order to prevent and provide care for older adults to reduce stress to elderly patients with chronic disease.

Keywords : depression chronic diseases and among elderly

* Faculty of nursing, St Theresa International College

** Community Health Center 44, Bangkok

บทนำ

โครงสร้างประชากรของประเทศไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น โดยพบว่าจำนวนประชากรทั้งประเทศ 63,891,000 คน เป็นกลุ่มประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 7,790,000 คน คิดเป็นร้อยละ 12.2 ของประชากรทั้งหมด¹ ในอนาคตจำนวนและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการกระจายด้านสาธารณสุข ทำให้ประชากรผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น² ภาครัฐและครัวเรือนจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ส่งผลต่อภาระงบประมาณของภาครัฐและค่าใช้จ่ายของครัวเรือนในการดูแลสุขภาพอนามัย และการจัดสวัสดิการทางสังคม³ ซึ่งประชากรผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น จากการสำรวจโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวในผู้สูงอายุ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2553 กลุ่มโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวของที่ผู้สูงอายุ 5 อันดับแรกของปี พ.ศ. 2549, 2550, 2551, 2552 และ 2553 คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ โรคระบบทางเดินอาหารและโรคระบบทางเดินหายใจ ตามลำดับ ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีมานานกว่า 2500 ปี⁴ และเป็นภาวะที่ทุกประเทศทั่วโลกกำลังให้ความสนใจ เนื่องจากเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั่วโลก ปัจจุบันมีประชาชน 121 ล้าน คนกำลังประสบปัญหาความทุกข์ทรมานและการรับภาระความเจ็บป่วยจากภาวะซึมเศร้าที่นับวันสูงขึ้นในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาปัญหาซึมเศร้าพบสูงขึ้นเรื่อยๆ⁵ จากการ

Organization) ร่วมกับมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด และธนาคารโลกประมาณว่าในอีก 8 ปีข้างหน้า คือปี พ.ศ. 2563 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุการตายและการสูญเสียเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด⁶

สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลการรักษาโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างปี พ.ศ.2550 - 2553 มีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นลำดับ คือจาก 55.9 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปี พ.ศ. 2550 เป็น 160.3 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปี พ.ศ. 2553⁶ จากข้อมูลสถิติของสำนักงานโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขพบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในสถานบริการสังกัดกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ.2549 เป็นจำนวน 94.90 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน และเพิ่มขึ้นเป็น 168.28 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปี พ.ศ.2553⁷ การสำรวจความชุกของโรคจิตเวชระดับชาติในปี พ.ศ.2549 พบว่า 1 ใน 5 ของคนไทยกำลังเผชิญหน้ากับโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะโรคซึมเศร้า มีคนไทยถึง 1.8 ล้านคน มีอาการของโรคซึมเศร้า⁸ ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์ที่แสดงออกโดยมีอารมณ์เศร้า ว่างเปล่า สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มักตำหนิตัวตนเอง ร่วมกับมีอาการทางกาย เช่น พุน้อย เลือยชาลง⁹ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวเคมี ประสบการณ์ การเลี้ยงดูในวัยเด็กหรือประสบการณ์ความสูญเสีย ความผิดหวังในชีวิตจากสิ่งที่ตั้งใจไว้¹⁰ หากภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการรักษา จนระยะเวลาของภาวะซึมเศร้าเป็นอยู่นานและมีอาการที่รุนแรงขึ้น จะส่งผลให้บุคคลแยกตนเองออกจากสังคม มีบุคลิกภาพ และพฤติกรรมเปลี่ยนไป หรือมีอาการทางจิต และเกิดเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย¹¹

สำหรับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นั้น เป็นโรคที่มีผลกระทบต่อทั้งชีวิตความเป็นอยู่

และสุขภาพโดยรวม ข้อมูลจากการศึกษาต่างๆ พบว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงต่อการเกิดทุพพลภาพ การเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การเสื่อมลงของสุขภาพ การเสื่อมลงของความคิด ความจำและความสามารถทางสังคม ซึ่งทั้งหมดนี้จะนำไปสู่ความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มขึ้นของการเสียชีวิตในที่สุด¹² จากการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศพบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในระดับชุมชนของกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป จะอยู่ในช่วงร้อยละ 1 - 5 ส่วนความชุกของอาการซึมเศร้าที่มีผลอย่างสำคัญต่อคลินิกจะอยู่ในช่วงร้อยละ 8 - 162¹³ สำหรับในประเทศไทย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา พบว่าค่าความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนอยู่ช่วงร้อยละ 17.5 - 82.36¹⁴

แขวงลำผักชี หนองจอก กรุงเทพมหานคร เป็นหนึ่งที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสุขภาพชุมชน 44 ลำผักชี โดยมีประชากรรับผิดชอบ 111,121 คน และประชากรผู้สูงอายุ 12,706 คิดเป็นร้อยละ 11.43 จากประชากรทั้งหมด และผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังจำนวน 1,943 คน คิดเป็นร้อยละ 15.93 จากประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด จากรายงานสรุปผลงานประจำปี 2554 ของศูนย์บริการสุขภาพชุมชน 44 ลำผักชี และจากการลงสำรวจข้อมูลพื้นฐานในพื้นที่ พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนแขวงลำผักชี ซึ่งอยู่ในการดูแลของศูนย์บริการสุขภาพชุมชน 44 มีถึงร้อยละ 12.43 ที่อยู่ลำพังคนเดียว และต้องช่วยเหลือตัวเอง¹⁵ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในสถาบันการศึกษาและศูนย์บริการสาธารณสุข จึงมีความสนใจในปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน และเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายของภาวะซึมเศร้าของผู้สูง

อายุโรคเรื้อรังในชุมชน โดยศึกษาจากปัจจัยด้านประชากรและสังคม (ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัว) และปัจจัยด้านสถานะสุขภาพ (ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความรุนแรงของโรค)

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจากปัจจัยด้านประชากรและสังคม และปัจจัยด้านสถานะสุขภาพกาย ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรังจำนวน 1,943 คน ในชุมชนแขวงลำผักชี เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีคุณสมบัติเป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรังในชุมชนแขวงลำผักชี เขตหนองจอก กรุงเทพฯ เลือกกกลุ่มตัวอย่างซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi - Stage Random Sampling) คือ 1) รวบรวมรายชื่อชุมชนในแขวงลำผักชี เขตหนองจอก กรุงเทพฯ และสุ่มมาศึกษา 4 ชุมชน โดยการจับฉลาก 2) คัดเลือกผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร ไม่มีปัญหาด้านการตอบแบบสัมภาษณ์ 3) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจจำนวน 256 คน ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างพาราเรลและคณะ¹⁶ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลแบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม แบบสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความรุนแรงของโรค และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของ

ไทย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 5 ข้อ เป็นคำถามแบบปลายเปิดและให้เลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส และรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงมาจาก เจมิจิต สแนชเชล¹⁷ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0 - 18 คะแนน

คำตอบ ไม่เคยเลย ให้ 0 คะแนน

คำตอบ 1-2 ครั้ง ให้ 1 คะแนน

คำตอบ 3-4 ครั้ง ให้ 2 คะแนน

คำตอบ > 5 ครั้ง ให้ 3 คะแนน

คะแนน 0 - 6 คะแนน แสดงว่า มีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมน้อย

คะแนน 7 - 12 คะแนน แสดงว่า มีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมปานกลาง

คะแนน 13 - 18 คะแนน แสดงว่า มีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมมาก

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงมาจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของ เจมิจิต สแนชเชล¹⁷ เป็นแบบวัดความรู้สึกของผู้สูงอายุว่ามีความพึงพอใจมากน้อยแค่ไหนในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อเป็นคำถามให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และไม่พึงพอใจ

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0 - 45 คะแนน

คำตอบ พึงพอใจมาก ให้ 3 คะแนน

คำตอบ พึงพอใจปานกลาง ให้ 2 คะแนน

คำตอบ พึงพอใจน้อย ให้ 1 คะแนน

คำตอบ ไม่พึงพอใจ ให้ 0 คะแนน

คะแนน 0 - 15 คะแนน แสดงว่า สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนน 16 - 30 คะแนน แสดงว่า สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 31 - 45 คะแนน แสดงว่า สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความรุนแรงของโรค

แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นแบบวัดที่ระบบวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจัดทำขึ้นโดยใช้ชื่อว่า โมดิฟายด์ บาร์เทิล เอ ดี เอล อินเด็กซ์ (Modified Barthel ADL Index : BAI) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เช่น การรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด การอาบน้ำ การขึ้นลงบันได เป็นต้น เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนตั้งแต่ทำไม่ได้เลยจนถึงทำได้เอง

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0 - 18 คะแนน

คะแนน 0 - 4 คะแนน แสดงว่า ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย

คะแนน 5 - 8 คะแนน แสดงว่า สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก

คะแนน 9 - 12 คะแนน แสดงว่า สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต้องการความช่วยเหลือบ้าง

คะแนน 13 - 18 คะแนน แสดงว่า สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง

ระดับความรุนแรงของโรค วัดโดยใช้

ความสามารถในการประกอบกิจกรรมเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ความรุนแรงระดับที่ 1 หมายถึง ไม่มีข้อจำกัดใดๆ สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ

ความรุนแรงระดับที่ 2 หมายถึง มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเล็กน้อยถึงปานกลาง เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต

ความรุนแรงระดับที่ 3 หมายถึง มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมมากขึ้นแต่สามารถดูแลตนเองได้

ส่วนที่ 5 แบบภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความเศร้า ความรู้สึกหม่นหมอง หดหู่ เศร้าสร้อย ไม่มีความสุข ท้อแท้ เบื่อหน่าย ซึ่งวัดได้จากแบบวัดความเศร้าของผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS)

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0 - 30 คะแนน

คะแนน 0 - 12 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุปกติ

คะแนน 13 - 18 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

คะแนน 19 - 24 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง

คะแนน 25 - 30 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าสูง

การหาคุณภาพของเครื่องมือ นำข้อคำถามที่ผ่านการวิเคราะห์ ไปทำการวิเคราะห์ซ้ำ เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบัก (Cronbach) ที่มีค่าความเชื่อมั่น .89

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยนำหนังสือจากวิทยาลัยนานาชาติเทรชาถึงศูนย์บริการสุขภาพชุมชน 44 แขวงลำผักชี เขตหนองจอก

กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และช่วยติดต่อประสานงานกับชุมชน

การพิทักษ์สิทธิของเข้าร่วมผู้วิจัยผู้วิจัยได้นำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซาเพื่อขออนุมัติ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยตามขั้นตอนที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แปลงข้อมูลเป็นรหัสที่กำหนดไว้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป พรรณนาข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และวิเคราะห์ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) เนื่องจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณที่นำมาศึกษาต้องเป็นตัวแปรที่วัดได้ในระดับอันตรภาคชั้น (Interval Scale) ขึ้นไปดังนั้นการคำนวณแปลงข้อมูล (decode) ระดับบัญญัติ (nominal scale) ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ และความรุนแรงของโรค

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.5 มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 77.7 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.5 ฐานะทางเศรษฐกิจรายได้เท่ากับรายจ่าย ร้อยละ 64.5 และมีระยะเวลาที่เป็นโรค 5-10 ปี ร้อยละ 52.3

ตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมปานกลาง ร้อยละ 47.3 และพบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนส่วนมากพูดคุยกับเพื่อนบ้าน 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 42.32 ไม่เคยไปร่วมงานเลี้ยงในชุมชน ร้อยละ 35.5 ไปวัดเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา 5 ครั้ง ขึ้นไป/สัปดาห์ ร้อยละ 37.5 ไปทำบุญตามประเพณี 1-2 ครั้ง/ปี ร้อยละ 50.8 เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ 1-2 ครั้ง/ปี ร้อยละ 56.6 ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมที่ไม่ใช่ชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 55.9

ตอนที่ 3 สัมพันธภาพในครอบครัวพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนส่วนใหญ่ มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 85.9 และสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 2.45 (สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง) และเมื่อพิจารณาข้อความรายข้อพบว่าข้อความที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกคือ สมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพนับถือท่าน (ค่าเฉลี่ย 2.86) รองลงมาคือท่านและสมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่กันดี และ ฉันรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว (ค่าเฉลี่ย 2.71) เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจสามารถพูดคุยระบายให้สมาชิกในครอบครัวฟังได้ (ค่าเฉลี่ย 3.63) ตามลำดับ

ตอนที่ 4 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความรุนแรงของโรค พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนรับประทานอาหารเช้าเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้าตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ ร้อยละ 96.9 ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดได้เอง ร้อยละ 97.7 ลูกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ได้เอง ร้อยละ 87.9 การใช้ห้องสุขาช่วยตัวเองได้ดี ร้อยละ 95.3 การอาบน้ำได้เอง ร้อยละ 98.8

การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้านได้เอง ร้อยละ 88.3 การขึ้น-ลงบันได 1 ชั้นได้เอง ร้อยละ 93.8 การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมากปกติ ร้อยละ 95.3 การสวมใส่เสื้อผ้าช่วยตัวเองได้ดี ร้อยละ 97.3 การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมากปกติ ร้อยละ 79.3 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนส่วนใหญ่ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ร้อยละ 97.7 และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนส่วนใหญ่ประกอบกิจกรรมได้เองตามปกติ ร้อยละ 82.4

ตอนที่ 5 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าสูง ร้อยละ 66.4 และรองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 22.3 และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนส่วนมากไม่พอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้ (ร้อยละ 96.9) รองลงมาคือรู้สึกไม่สดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า (ร้อยละ 95.3) ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ไม่ดี และ รู้สึกไม่สิ้นหวัง (ร้อยละ 93.4)

พบว่าเมื่อทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายตัวแปร ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรทำนายอยู่ระหว่าง -0.894 ถึง 0.347 มีตัวแปรทำนาย 1 คู่ คือสถานภาพสมรสคู่กับสถานภาพสมรสหม้าย มีระดับความสัมพันธ์ 0.894 ซึ่งมีค่าสูงกว่า 0.80 จึงไม่สามารถนำไปวิเคราะห์เพื่อหาอำนาจในการร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากอาจเกิดปัญหาตัวแปรทำนายมีความสัมพันธ์กันเองสูง (multicollinearity) ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

สถานภาพสมรสคู่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ($r = 0.259$) สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ($r = 0.414$) ระยะเวลาที่เป็นโรค

เรื้อรัง 5-10 ปี ประจําวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ($r = 0.131$) และ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจําวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ($r = 0.306$) ส่วนอายุความสัมพันธ์ทางลบกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ($r = -0.181$) สถานภาพสมรสหม้าย

มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ($r = -0.249$) และระดับความรุนแรงของโรคในระดับข้อจำกัดมากแต่ดูแลตนเองได้ มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ($r = -0.284$)

ตอนที่ 6 วิเคราะห์สมการในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ตัวพยากรณ์	b	S_b	Beta	t	p
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว (X1)	0.048	0.007	0.386	6.982	0.000
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจําวัน (X2)	0.125	0.026	0.303	4.757	0.000
ระดับความรุนแรงของโรคมึ่ข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเล็กน้อยถึงปานกลางเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต (X3)	0.318	0.130	0.184	2.935	0.004
ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง 5-10 ปี (X4)	0.233	0.084	0.152	2.783	0.006
R^2 ที่ปรับแล้ว = 0.257 ค่าคงที่ = -0.843					

จากตารางที่ 13 พบว่าที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้มีค่าคงที่ ตัวแปรสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจําวัน ระดับความรุนแรงของโรคมึ่ข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเล็กน้อยถึงปานกลางเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต และระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง 5-10 ปี มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน และใช้พยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนได้ โดยมีประสิทธิภาพของการพยากรณ์ร้อยละ 25.7 นั่นคือตัวแปรทำนายทั้ง 4 ตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ได้ร้อยละ 25.7 และถ้าทราบค่าของตัวแปรทำนายทั้ง 4 ตัว สามารถคาดคะเนค่าของ

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนได้จากสมการถดถอยดังนี้

สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบ

$$Y_i = -0.843 + 0.048 X_{1i} + 0.125 X_{2i} + 0.381 X_{3i} + 0.233 X_{4i}$$

สมการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_y = 0.386 Z_{X1i} + 0.303 Z_{X2i} + 0.184 Z_{X3i} + 0.152 Z_{X4i}$$

อภิปรายผลการวิจัย

1. สัมพันธ์ภาพในครอบครัว มีอิทธิพลกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน และใช้พยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจส่งผลต่อบทบาทของผู้สูง

อายุในการช่วยเหลือกิจการภายในของครอบครัวลดลง ส่วนผู้สูงอายุที่เป็นภาระในครอบครัวและไม่สามารถประกอบอาชีพอื่นได้มักถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี บุตรหลานไม่เห็นความสำคัญ ไม่สนใจและไม่ให้ความเคารพนับถือผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการเกิดความเครียดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เนื่องจากในสังคมไทยถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุและสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นเรื่องสำคัญที่สุดเรื่องหนึ่งในผู้สูงอายุ¹⁸

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนได้ เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในหลายด้านเกิดขึ้นพร้อมกัน โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย พบว่าการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ ของร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมทั่วทั้งร่างกาย เป็นผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง¹⁹ และจากการศึกษาของ จูริภรณ์ เจริญพงศ์²⁰ พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก²¹ ได้ระบุว่าภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่แสดงออกในรูปอารมณ์เศร้า ความสนใจหรือความพึงพอใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง มีความรู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า การนอนหลับหรือการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไป รู้สึกไร้เรี่ยวแรงและมีความยากลำบากในการกระทำสิ่งต่างๆ ปัญหาเหล่านี้กลายเป็นปัญหาเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน

3. ความรุนแรงของโรคในระดับที่มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเล็กน้อยถึงปานกลางเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน และใช้พยากรณ์

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนได้สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งที่เคยกระทำได้ด้วยตนเอง ประกอบกับเมื่อมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเป็นอุปสรรคขัดขวางการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพิ่มขึ้น และเมื่อระดับความรุนแรงของโรคสูงขึ้นจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการของตนเองได้ เป็นการคุกคามต่อชีวิตและความผาสุก²² จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังส่วนมากนั้นจะมีระยะเวลาในการเป็นโรคระหว่าง 5-10 ปี ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ต้องใช้การปรับตัวอยู่กับโรคที่เป็น ต้องอาศัยกำลังใจจากบุคคลที่แวดล้อมและการสร้างพลังในตนเองเพื่อรับมือกับการเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องเป็นตลอดชีวิต สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความเครียดได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Thongtang ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย มีความชุกร้อยละ 12.78 โดยมีสาเหตุประการหนึ่งจากหลายสาเหตุคือจากปัญหาสุขภาพกาย²³ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Koenig et al, Parmlee, Kate, and Lawton ที่พบว่าความรุนแรงของความเจ็บป่วย¹³ มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

4. ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง 5-10 ปี มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน และใช้พยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kennedy, Kelman, and Thomas, (1991) ที่พบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วย¹³ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความรุนแรงของโรคมีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเล็กน้อยถึงปานกลางเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต และระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง 5-10 ปี มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน และใช้พยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนได้ ดังนั้นจึงเป็นแนวทางให้บุคลากรในทีมสุขภาพวางแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชน เพื่อลดภาวะซึมเศร้า ที่อาจเกิดจากการขาดความรู้และความเข้าใจหรือมีเจตคติที่ไม่ถูกต้องต่อการรักษาหรือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ให้รุนแรงขึ้นและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่ออยู่บ้าน ทักษะการดูแลตนเองเมื่อมีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการให้ข้อมูลกับผู้ดูแลผู้ป่วยหรือญาติ เพื่อสร้างเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การอบรมระยะสั้น การเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว การจัดกิจกรรมในชุมชน เพื่อลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้สูงอายุที่ป่วย

2. จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ดังนั้นบุคลากรในทีมสุขภาพควรร่วมกันวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยการจัดกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทั้งด้านอายุ รายได้ ระดับความรุนแรงของโรค ร่วมกับองค์กรชุมชน และญาติ เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน และต่อเนื่อง เพื่อลดระดับความเครียดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก อาจารย์วิภา เพ็งแสงยม คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ดร.เชษฐา แก้วพรม และผศ.วัชรีย์ พรรักษาดี เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือในการวิจัย และที่สำคัญที่สุดขอขอบคุณดร.ปิยะดา วรรณนะสาร อธิการบดี วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

เอกสารอ้างอิง

1. ประชากรและสังคม. สารประชากร. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กระตุ้นรัฐเตรียมรัฐเตรียมรับมือสังคมผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์; 2548.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.). แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11.กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจฯ (สศช.); 2554.
4. Kouzis A, Eaton WW, Leaf PJ. Psychopathology and mortality in the general population. SocPsychichiatry PsychiatEpidemiol 1995; 30: 165 - 70.
5. Gift, A.G., & Cahill, C.A. Psychophy siologic aspects of dyspnea in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A pilot study. Heart & Lung, 19 (3); 1990.
6. รัตนาพร สันติวงษ์. การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้สูงอายุ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.

7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจความชุกของโรคจิตเวชระดับชาติในปี พ.ศ.2549. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
8. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตราและคณะ. สุขภาพคนไทย 2550 หอมกลิ่นลำดวน เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ. แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม:มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
9. Parel, Caldito, Ferrer, De Guzman, Sinsioco,& Tan. 1973
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติกลุ่มโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของไทย; 2554.
11. Juuddll, SchettlerPJ, AkiskalHS. The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions. *PsychiatrClin North Am*; 2002. 25(4):685 -98.
12. Blazer, D.G. Depression in later life. London :Mosby; 1982.
13. Palmore, E. Handbook of geriatric psychiatry. New York: Van Nostrand Reinhold; 1980.
14. ฌหทัย วงศ์ปการันย์. จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย; 2551.
15. นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา. รายงานการสำรวจชุมชนวิชาวปฏิบัติกรพยาบาลอนามัยชุมชน 1: วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา; 2554.
16. Sadock, B, J. Kaplan &Sadock's comprehensive Textbook of psychiatry Vol.1. 9th ed London: Lippincott Williams& Wilkins; 2009.
17. เจริญจิต สแนชแซล. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรส. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2551.
18. ขวณชม พืชพันธ์ไพศาล.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสกับความเศร้าโศกของผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรส.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
19. วรณี จิวสืบพันธ์. ระดับความรุนแรงของโรคภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวการณ์ทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในจังหวัดนครสวรรค์.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
20. จุริภรณ์ เจริญพงศ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมต่อการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
21. WHO. Death from depressions diseases. Available from: <http://www.who.int/depressions diseases>; 2000.
22. Harlon, J.J., & Picket, D.E. Public health: Administration and practice (8thed). St. Louise: Timer Mirrir/Mosby College Publishing; 1884.
23. ThongtangO. Prevalence and incidence of depression in the Thai elderly: *Journal of the Medical Association of Thailand*; 2002. 85 (5): 540 - 543.