

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ร่วมกับโรคทางกาย

### FACTORS RELATED TO HOPELESSNESS OF ELDERLY PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER AND PHYSICAL ILLNESS

นภัสสร ยอดทองดี พย.ม. (Naphatsorn Yotthongdi, M.N.S.)<sup>1</sup>

รังสิมันต์ สุนทรไชยา พย.ด. (Rangsiman Sunthornchaiya, Ph.D.)<sup>2</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสิ้นหวัง และความสัมพันธ์ระหว่าง มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย จำนวน 132 คน เครื่องมือรวบรวมข้อมูลคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินมุมมองเชิงเหตุผล 3) แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ 4) แบบประเมินการแก้ปัญหา 5) แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 6) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 7) แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 8) แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ เครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหา  $>.80$  (.83, .88, .85, .92, .82, .90, .86 ตามลำดับ) และมีค่าความเที่ยง  $>.70$  (.86, .97, .83, .84, .89, .91, .80 ตามลำดับ) วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายมีความสิ้นหวังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50 (Mean=16.06, SD=5.07) ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวัง ( $r=.388$ ,  $p<.001$  และ  $r=.276$ ,  $p<.001$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสามารถในการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวัง ( $r =-.578$ ,  $p <.001$ ,  $r = -.517$ ,  $p <.001$ ,  $r = -.437$ ,  $p<.001$  และ  $r = -.216$ ,  $p <.05$  ตามลำดับ)

**คำสำคัญ:** ความสิ้นหวัง; ผู้สูงอายุ; โรคซึมเศร้า; โรคทางกาย; ความคิดเชิงลบ

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท E-mail: puinaja\_31@hotmail.com

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: Rangsiman.S@chula.ac.th

### Abstract

The purpose of this descriptive research was to study hopelessness of elderly patients with depressive disorder and physical illness and relationships between negative attribution, physical function, problem solving skill, self-esteem, social support, depression severity and hopelessness. A sample was 132 elderly patients with depressive disorder and physical illness. The research instruments included: 1) Personal Information Questionnaire 2) New Attributional Style Questionnaire 3) Late-life Function Instrument 4) Problem Solving Inventory (PSI) 5) Self-esteem Questionnaire 6) The personal resource questionnaire PRQ 85 Part II 7) Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D-17) 8) Geriatric Hopelessness Scale. All instruments were verified for content validity index  $>.80$  (.83, .88, .85, .92, .82, .90, .86) and reliability  $>.70$  (.86, .97, .83, .84, .89, .91, .80). Data were analyzed by Pearson Product Moment Correlation coefficient.

Results: 1) Hopelessness of elderly patients with depressive disorder and physical illness at a moderate level were 50 % (Mean=16.06, SD = 5.07); 2) Depression Severity and Negative Attribution were significantly positive correlation with hopelessness ( $r=.388$ ,  $p<.001$ ,  $r=.276$ ,  $p<.001$ , respectively), while social support, problem solving skill, self-esteem, and physical function were significantly negative correlation with hopelessness. ( $r = -.578$ ,  $p <.001$ ,  $r = -.517$ ,  $p <.001$ ,  $r = -.437$ ,  $p <.000$ ,  $r = -.216$ ,  $p <.05$ , respectively)

**Keywords:** hopelessness; elderly; depressive disorder; physical illness; negative attribution

### บทนำ

โรคซึมเศร้าในคนไทยทำให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ เป็นอันดับ 4 ในผู้หญิง และเป็นอันดับ 10 ในผู้ชาย โรคซึมเศร้ามีความชุกสูงสุดในช่วงวัยสูงอายุคืออายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 5.00 รองลงมาคือช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 4.20 และช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 3.90 (กรมสุขภาพจิต, 2554) ในการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุไทย พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมิโรคซึมเศร้า ร้อยละ 13.20 และเป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทางกายมากถึง ร้อยละ 75.80 (อรษา ไยยง และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2554) แสดงให้เห็นว่าเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ มักจะพบปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ปัญหาด้านจิตใจในผู้สูงอายุที่สำคัญคือภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์เศร้า มีความรู้สึกลบต่อสิ่งต่างๆ รู้สึกไร้ค่า และเบื่อหน่าย หากเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานจะทำให้กลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ (ดารารวรรณ ต๊ะปันทา, 2555) และยังมีเหตุปัจจัยที่สำคัญของวัยสูงอายุด้านความเสื่อมของร่างกายที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังต่าง ๆ จากการศึกษาคพบว่า ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 59.40 โดยโรคเรื้อรังที่พบ 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคข้อเข่าเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 41 ร้อยละ 18 และร้อยละ 9 ตามลำดับ (สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) นอกจากนี้ยังพบว่าโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ตามลำดับ จากที่กล่าวมาพบว่า

ผู้ป่วยสูงอายุมีแนวโน้มเจ็บป่วยทั้งโรคซึมเศร้าและโรคเรื้อรังทางกายมากขึ้น ซึ่งการเจ็บป่วยทั้งสองด้านนี้จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า มีความสนใจต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ทำให้ขาดการดูแลตนเอง ยิ่งเมื่อเกิดความเสื่อมของร่างกายในวัยสูงอายุ การเจ็บป่วยทางกายหรือโรคเรื้อรังขึ้น จะทำให้เกิดความคิดหมกมุ่น เพราะบางทางจิตใจ รวมทั้งความทุกข์ จากโรคทางกาย ทำให้เกิดความสูญเสียหน้าที่รายได้ และพึ่งพาบุคคลอื่น จึงเป็นเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อความไร้ค่า ไม่ภาคภูมิใจ ท้อแท้ หดท้อกำลังใจ และความสิ้นหวัง หรือมีความคิดอยากตาย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

การศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วัยสูงอายุมีความสิ้นหวัง ร้อยละ 10.68 (Joiner, 2007) และยังพบการศึกษาความสิ้นหวังในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุร่วมกับโรคเบาหวาน มีความสิ้นหวัง ร้อยละ 11.20 และผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุร่วมกับโรคหลอดเลือด มีความสิ้นหวัง ร้อยละ 14 (Pederson, 2007) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วัยสูงอายุมีความสิ้นหวังอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 32.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 48.70 และระดับเล็กน้อย ร้อยละ 19.20 และยังพบว่า เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวทางกาย ถึงร้อยละ 77.60 (นิชา สมานทรัพย์, 2554) จะเห็นได้ว่าในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจะพบโรคทางกายในหลายกลุ่มโรค และมีความสิ้นหวังที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่มีข้อจำกัด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจมีมุมมองต่อเหตุการณ์เครียดในชีวิตที่เผชิญว่าเป็นเรื่องลบเสมอ มักคิดล่วงหน้าไปถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปในทางลบ และท้ายที่สุดมองว่าตนเองนั้นไม่ดี ไม่สามารถทำได้ รู้สึกไม่มีค่า จนนำไปสู่ความสิ้นหวัง (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989) และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยทางกายก็จะทำให้เกิดความรู้สึกด้านลบต่อความคาดหวังในอนาคต และเกิดความคิดด้านลบ ต่อการเปลี่ยนแปลงในความเจ็บป่วยทางกาย ทำให้เกิดความสิ้นหวังได้ในที่สุด (Dunn, 2005)

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของปัญหาที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า มีโรคทางกายร่วมจำนวนถึงร้อยละ 80 และมารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐเขตบริการสุขภาพที่ 3 ถึงร้อยละ 5.94 (ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า, 2558) และในทางเดียวกันผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย

ยังมีภาวะซึมเศร้า ถึงร้อยละ 66.40 (พัชรภรณ์ ไชยสังข์, 2556) ทำให้กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุเข้าสู่กระบวนการรักษาทั้งโรคทางกายและโรคซึมเศร้ามากขึ้น แนวโน้มผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังเสี่ยงต่อการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้นทั้งโรคซึมเศร้าและโรคทางกาย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความท้อแท้ สิ้นหวังที่รุนแรงขึ้นและมีโอกาสให้คิดฆ่าตัวตายได้ในที่สุด หากมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง ก็จะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย ลดความสิ้นหวังหรือส่งเสริมปัจจัยที่ทำให้เกิดความหวังภายใต้บริบทของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ร่วมกับโรคทางกาย
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความสามารถในการทำหน้าที่ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำทฤษฎีความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า (Hopelessness Theory of Depression) ของ Abramson, Metalsky & Alloy (1989) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิด โดยกล่าวถึงความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากปัจจัยตรง และปัจจัยสนับสนุน ซึ่งปัจจัยตรงคือ ลักษณะความแตกต่างส่วนบุคคลที่มีผลต่อความคิดเชิงลบ ได้แก่ ความเชื่อ ทศนคติ การรับรู้ตนเอง บุคลิกส่วนตัว ส่วนปัจจัยสนับสนุน คือ สภาพแวดล้อม เหตุการณ์เชิงลบ มีผลกระทบต่อการตอบสนองเหตุการณ์ไปในทางไม่ดีได้แก่ ความเครียดในชีวิต เครือข่ายทางสังคม ทำให้ไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงนั้นได้จนนำไปสู่ความสิ้นหวัง (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989) และได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมซึ่งพบว่า มีการศึกษาที่สนับสนุนทฤษฎี Hopelessness Theory of Depression ที่มองว่าผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางกาย จะนำไปสู่ความสิ้นหวัง (Dunn, 2005) ผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเพื่อนำมาศึกษาความสัมพันธ์ ซึ่งตัวแปรที่มาจากแนวคิดความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า ได้แก่ มุมมอง

เชิงเหตุผลด้านลบ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

### สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย

2. มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlational research)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD -10 หรือ DSM IV ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวาน และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกหรือคลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 3 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD -10 หรือ DSM IV ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวาน และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ ราชนครินทร์และผู้ป่วยที่มารับบริการ ในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลชัยนาทเรนทร และโรงพยาบาลอุทัยธานี

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น 2) สามารถอ่านและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยสูตร Thorndike (Thorndike, 1978 อ้างใน กัลยา วานิชย์บัญชา, 2555) มีสูตรคำนวณดังนี้

$N = 10k + 5$  (N= จำนวนกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปร จำนวน 7 ตัวแปร ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 120 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 งานวิจัยนี้จึงมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 132 คน

โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยหลักความน่าจะเป็น (Random sampling) ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ ด้วยการจับฉลากจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 3 หลังจากนั้นสุ่มโรงพยาบาลตามประเภทของโรงพยาบาล และคัดเลือกโรงพยาบาลที่มีคลินิกจิตเวช และผู้ป่วยนอก หลังจากคัดเลือกแบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย หลังได้รับอนุญาตให้นำมาใช้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทุกฉบับไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Questionnaire) ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ สถานภาพ การศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคซึมเศร้า โรคประจำตัวทางกาย และระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคทางกาย

2.2 แบบประเมินมุมมองเชิงเหตุผล (New Attributional Style Questionnaire) มี จำนวน 12 ข้อ เป็นเหตุการณ์ด้านลบในชีวิตเพื่อประเมินผลกระทบต่อเหตุการณ์นั้น ๆ มีค่าความเที่ยง > .70 (Dykema, 1996) ในแต่ละข้อคำถาม ให้ตอบสาเหตุหลัก และตอบคำถามย่อยจำนวนสองคำถาม (ข้อ B และ C) เกี่ยวกับผลกระทบต่อตนเอง และผลที่เกิดขึ้นต่อด้านอื่นๆ โดยตอบคำถามตามระดับ

ความคิดเห็น ความถี่มี 7 ระดับ ตั้งแต่ -3 ถึง 3 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยได้นำมาแปลและตรวจสอบความถูกต้องเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนไทย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .83 และมีค่าความเที่ยง .86 การแปลผลคะแนน คะแนนเฉลี่ยมาก มีมุมมองเชิงลบ คะแนนเฉลี่ยน้อย มีมุมมองเชิงบวก

2.3 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (Late-life Function Instrument) เป็นการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ (Jette, Haley & Kooyoomjin, 2002) เกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความสามารถในการแต่งตัว ความสามารถในการเคลื่อนไหว แบบประเมินนี้ นำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย และได้นำไปใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้ค่าความเที่ยง .81 (อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ, 2556) เมื่อผู้วิจัยนำแบบประเมินนี้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบว่า มีค่าเท่ากับ .88 และมีค่าความเที่ยง .97 ซึ่งแบบประเมินมีจำนวน 32 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วน แปลผล คะแนนรวม ยิ่งมากแปลความหมายว่ามีความสามารถในการทำหน้าที่ที่ยิ่งดี

2.4 แบบประเมินการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI) พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ D'Zurilla & Nezu (2007) นำไปใช้กับผู้ป่วยที่มารับการรักษาภาวะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha เท่ากับ .86 (สุวดี ศรีวิเศษ, 2556) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินนี้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบว่า มีค่าเท่ากับ .85 และมีค่าความเที่ยง .83 แบบประเมินนี้มีจำนวน 23 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 13 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วน คะแนนรวมยิ่งสูง แปลผลมีทักษะการแก้ปัญหาที่ดี

2.5 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self - esteem Questionnaire) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาตามแนวคิดของ Rosenberg's self Esteem ซึ่งใช้ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยง .87 (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529) และเมื่อผู้วิจัยนำแบบ

ประเมินนี้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบว่า มีค่าเท่ากับ .92 และมีค่าความเที่ยง .84 แบบประเมินนี้มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก 5 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วน คะแนนรวม มี 3 ระดับ คะแนนยิ่งสูงแปลความหมาย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

2.6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The personal resource questionnaire PRQ 85 Part II) ซึ่งชมนาด วรรณพรศิริ นำมาแปลเป็นภาษาไทย สร้างขึ้นโดย Brandt and Weinert (1981) ซึ่งมีความเที่ยง .93 (ชมนาด วรรณพรศิริ, 2535) แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้รับการยอมรับในคุณค่าแห่งตน และด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำที่เหมาะสม การวิจัยในครั้งนี้ได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ปรับปรุงใช้สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามาใช้ มีค่าความเที่ยง .79 (นิชา สนามทรัพย์, 2554) มี 25 ข้อ มาตราส่วน เหลือ 3 ระดับ เมื่อผู้วิจัยนำแบบประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบว่า มีค่าเท่ากับ .82 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 เป็นข้อคำถามเชิงบวก 19 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 6 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วน คะแนนยิ่งมากแปลความหมายมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี

2.7 แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Depression Severity) โดยใช้ แบบประเมิน Hamilton Rating scale (Hamilton, 1960) ซึ่งแปลเป็นฉบับภาษาไทย นำมาใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่นิยมใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเมื่อผู้วิจัยนำแบบประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบว่า มีค่าเท่ากับ .90 และมีค่าความเที่ยง .91 แบบประเมินมีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วน คะแนนยิ่งสูงแปลความหมายมีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ายิ่งมาก

2.8 แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ (Geriatric Hopelessness Scale) แปลโดย นิชา สนามทรัพย์ สร้างโดย Fry (1984) สำหรับประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ เมื่อพัฒนาแล้วได้นำไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

มีค่าความเที่ยง .71 และค่าความตรงตามเนื้อหา .88 (นิชาสมานทรัพย์, 2554) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบประเมินนี้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบว่า มีค่าเท่ากับ .86 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 แบบประเมินมีข้อความทั้งหมด 30 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 16 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนแปลผลคะแนนรวม สั้นห้วนน้อย ปานกลาง และ มาก

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท (เลขที่ 3/2558) โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ (เลขที่ 6/2558) โรงพยาบาลชัยนาทเรนทร (เลขที่ 8/2558) โรงพยาบาลอุทัยธานี (เลขที่ 3/2558) ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ข้อมูลในการตอบคำถามเป็นความลับใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้ และมีสิทธิในการขอไม่เข้าร่วมวิจัยและขอหยุดการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกกรณี โดยไม่มีผลต่อการรับการรักษาใดๆ และหากพบกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ผู้วิจัยจะหยุดดำเนินการวิจัย และให้การดูแลเบื้องต้น จากนั้นจะส่งพบแพทย์เพื่อรับการรักษาทันที

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการอนุมัติพิจารณาจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ โรงพยาบาลชัยนาทเรนทร และโรงพยาบาลอุทัยธานี ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยตั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในแต่ละโรงพยาบาล ตามคลินิกจิตเวช ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2558 – มีนาคม 2559 ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลนำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ โรงพยาบาลชัยนาทเรนทร และโรงพยาบาลอุทัยธานี
2. ภายหลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยนัดหมายผู้รับผิดชอบงานคลินิกจิตเวชของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนต่างๆ และระยะเวลา คุณสมบัติและจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย พร้อมทั้งนัดหมายวันเวลาในการเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล

3. วันนัดหมายเก็บข้อมูล ชี้แจงรายละเอียดในการเข้าร่วมวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามโดยสมัครใจ และได้รับการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งอธิบายวิธีการตอบคำถาม ใช้เวลาประมาณ 35-50 นาทีต่อคน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยวิเคราะห์ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) ได้แก่ มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุ โรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย โดยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทดสอบการกระจายของข้อมูล (Test normality) ใช้สถิติ Kolmogorov-Sminov พบว่าข้อมูลมีการกระจายของข้อมูลแบบโค้งปกติ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2555)

### ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 67.35 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 39.40 เพศหญิง ร้อยละ 60.60 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 47 รองลงมา มีสถานภาพหม้าย ร้อยละ 31.10 มีระดับการศึกษาประถมศึกษาภาคกลางมากที่สุด ร้อยละ 62.91 รองลงมา มีระดับปริญญาตรี ร้อยละ 11.40 และระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 11.40 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเฉลี่ย 3.65 ปี มีโรคประจำตัวทางกาย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 73.50 ร้อยละ 62.90 และร้อยละ 41.72 ตามลำดับ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเฉลี่ย 2.52 ปี และพบว่า มีระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคทางกาย 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 6.06 ปี โรคเบาหวานมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 5.70 ปี และโรคกระดูกและข้อมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 1.69 ปี
2. ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย มีความสิ้นหวังส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50

(Mean = 16.06, SD = 5.07) รองลงมา อยู่ระดับมาก ร้อยละ 35.60 (Mean = 21.46, SD = 6.36) และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 14.40 (Mean = 8.47, SD = 4.94)

3. ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวัง ( $r=.388, p<.001$  และ  $r=.276, p<.001$ ) และการสนับสนุน

ทางสังคม ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสามารถในการทำหน้าที่ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวัง ( $r =-.578, p <.001, r = -.517, p <.001, r = -.437, p<.001$  และ  $r = -.216, p< .05$  ตามลำดับ)

**ตารางที่ 1** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย กลุ่มตัวอย่าง ( $n = 132$  คน)

ตัวแปร	ความสิ้นหวัง		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ	.276	.001	ต่ำ
ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ	-.216	.013	ต่ำ
ความสามารถในการแก้ปัญหา	-.517	.000	สูง
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.437	.000	ต่ำ
การสนับสนุนทางสังคม	-.578	.000	สูง
ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	.388	.000	ต่ำ

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย ในกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีความสิ้นหวังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 35.60 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 14.40 ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (นิชา สมานทรัพย์, 2554) ที่พบว่าความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามี่ความสิ้นหวังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.70 ซึ่งในการวิจัยนี้ก็พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสิ้นหวังอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน บริบทคล้ายคลึงกัน แต่ในกลุ่มนี้มีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ยังสามารถช่วยเหลือ

ตนเองได้ดี มารับการรักษาเองได้ จึงทำให้มีผลต่อความสิ้นหวังที่ไม่แตกต่างกันซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ความเสื่อมตามช่วงวัยในวัยสูงอายุที่มีผลต่อกระบวนการทำงานของสารสื่อประสาท (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2557) และปัจจัยทางสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง เกษียณจากงาน รวมถึงการเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น ส่งผลต่อกระบวนการคิดด้านลบ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง และไร้ค่า และการเจ็บป่วยโรคซึมเศร้ามี่ร่วมกับโรคทางกายนั้น จะทำให้เกิดความรู้สึกด้านลบในอนาคตต่อการเปลี่ยนแปลงในการเจ็บป่วยทางกาย จนเกิดความสิ้นหวัง (Dunn, 2005)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามี่ร่วมกับโรคทางกาย มีดังนี้

1. มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย ( $r = 0.276, p < 0.001$ ) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาความคิดเชิงเหตุผลในอนาคตด้านลบกับความสิ้นหวังในผู้ป่วยซึมเศร้า (Kosnes, Whelan, Donovan, & Mchugh, 2013) พบว่า ความคิดเชิงเหตุผลในอนาคตด้านลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังและสามารถทำนายความสิ้นหวังได้ กล่าวคือเมื่อมีมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ ก็จะทำให้มีความสิ้นหวังมาก อาจเนื่องมาจาก ลักษณะมุมมองด้านลบ มีผลต่อเหตุการณ์ในชีวิตที่จะตีความ คาดการณ์ไปในทางที่ไม่ดี ถึงแม้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะไม่ได้เลวร้าย ก็จะมองเห็นเหตุการณ์ไปในทางเลวร้าย หรือคาดการณ์ผลลัพธ์ในทางลบก่อนเสมอ (Sanjuan, Perez, Rueda, & Ruiz, 2008) ในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายนั้น มองการเจ็บป่วยเป็นเหตุการณ์ด้านลบในชีวิตที่ต้องเผชิญ อีกทั้งในวัยสูงอายุ ความเสื่อม การเจ็บป่วยและความคิดเกี่ยวกับความตายยังคงมีผลต่อจิตใจ เมื่อความรู้สึกด้านลบแบบนี้เกิดขึ้นสม่ำเสมอ ก็จะเกิด การจดจำ และยึดติดย้ำทำ เมื่อมีลักษณะเช่นนี้ก็จะแสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดในด้านลบ ส่งผลต่อโรคซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น จนนำไปสู่ความสิ้นหวังที่มากขึ้นไปด้วย

2. ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย ( $r = -0.216, p < 0.05$ ) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและความบกพร่องของร่างกายกับความสิ้นหวัง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวัง (Hamzaoglu, Ozkan, Ulusoy & Gokdogan, 2010) กล่าวคือ เมื่อมีความบกพร่องของร่างกาย หรือความสามารถของร่างกายลดลง จะส่งผลให้มีความสิ้นหวังมากขึ้น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ร่วมกับความเสื่อมตามช่วงวัย อาจทำให้ความสามารถของร่างกายเกิดความบกพร่องส่งผลให้การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ยิ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยแล้วนั้น ความสนใจในการทำกิจวัตรประจำวันก็ลดลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายที่มีอายุมากขึ้น ระยะการเจ็บป่วยนานขึ้นมีแนวโน้มของความสามารถที่น้อยลง

จนนำไปสู่ความรุนแรงของโรคทางกาย และโรคซึมเศร้า ส่งผลต่อจิตใจที่ทำให้ต้องเป็นภาระ และพึ่งพาผู้อื่น จนทำให้เกิดความสูญเสียความสามารถที่เคยทำได้ ยังมีความสามารถในการพึ่งพาตนเองน้อย เป็นภาระผู้ดูแล (Jette & Davies, 1996 อ่างใน อรุณลักษณ์ อรุณพงษ์ไพศาล, 2556) ก็จะส่งผลต่อความสิ้นหวังที่มากขึ้นด้วย

3. ความสามารถในการแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ร่วมกับโรคทางกาย ( $r = -0.517, p < .001$ ) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาทักษะการแก้ปัญหาในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่าเมื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาที่ดีขึ้น จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ และยังส่งผลให้มีความหวัง และการปรับตัวที่ดีขึ้น (Alexopoulos, Arean, Culloch, Kanellopoulos, Mackin & Raue, 2010) อธิบายได้ว่า เมื่อมีความสามารถในการแก้ปัญหาที่ดี จะช่วยให้เกิดความสิ้นหวังน้อยลง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากความสามารถในการแก้ปัญหาลดลงเห็นถึงการคิดและการตัดสินใจในการปรับตัว ภายใต้อัจฉกัจฉ เมื่อเผชิญปัญหาการรับรู้ปัญหา รวมถึงความสามารถที่จะจัดการตนเองเมื่อมีความเครียดหรือเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ทางด้านลบ (สุวดี ศรีวิเศษ, 2556) เช่น การสูญเสีย การเจ็บป่วยเรื้อรัง การอยู่ตามลำพัง เป็นต้น ในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายนั้น มักจะมีข้อจำกัดทางกาย จัดการปัญหาและปรับตัวไม่ได้ นำไปสู่การเกิดความสิ้นหวังที่รุนแรง จนทำให้เกิดความท้อแท้ หดหวัง หากมีความสามารถในการแก้ปัญหาที่ดี จะจัดการความคิดด้านลบได้ดี และมีโอกาสในการเกิดความสิ้นหวังน้อยลง

4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย ( $r = -0.437, p < .001$ ) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวัง (นิษา สมทรัพย์, 2554) กล่าวคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อยจะส่งผลให้เกิดความสิ้นหวังมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ที่ส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดในวัยสูงอายุ เป็นวัยที่เกิดความเสื่อมต่าง ๆ และเกิดความสูญเสีย เช่น

การเกษียณ การอยู่ลำพัง การสูญเสียคู่ชีวิต และรู้สึกถูกลดคุณค่าลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ทำให้เกิดความไม่มั่นคงของอารมณ์ เกิดความไร้ค่า และเปราะบางทางจิต จนนำไปสู่ความคิด ความคาดหวังที่เป็นลบ ท้ายที่สุดนำไปสู่ความสิ้นหวัง

5. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย ( $r = -0.578, p < .001$ ) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวัง นั่นคือ หากมีการสนับสนุนทางสังคมไม่ดีจะทำให้เกิดความสิ้นหวังมากขึ้น (Somasundaram & Devamani, 2016) ซึ่งอาจเนื่องมาจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเห็นประโยชน์และคุณค่าตนเอง ได้รับความสนใจและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม การรับรู้ว่ามีคนช่วยเหลือหรือพึ่งพาได้ในยามทุกข์จะช่วยให้มีความหวัง และกำลังใจในการเผชิญปัญหาในชีวิต ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุนั้นจำเป็นต้องมีบุคคลที่ช่วยสนับสนุนให้รู้สึกอบอุ่นใจ และผู้สูงอายุยังต้องการได้รับความรักความเอาใจใส่ (นิชา สมานทรัพย์, 2554) เมื่อมีความเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายร่วมด้วยยังต้องการการดูแลการช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด รวมถึงการเป็นที่ยอมรับของคนในครอบครัวมีความสำคัญมากที่จะช่วยให้มีพลังใจต่อการดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือในการรักษา มีทางเลือกและความช่วยเหลือในการแก้ปัญหา และมีความหวังต่อการเจ็บป่วยที่ดีขึ้น

6. ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย ( $r = 0.388, p < .001$ ) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับความสิ้นหวังในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังและยังสามารถทำนายความสิ้นหวังได้ กล่าวคือ ความรุนแรง

ยิ่งมากจะทำให้เกิดความสิ้นหวังได้มาก (Assari & Lankarani, 2016) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าแสดงถึงอาการแสดงทางความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555) ที่จะแสดงให้เห็นว่าต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ต่างกัน หรือต้องการหลีกเลี่ยงนี้ เก็บตัวจากสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน ทั้งนี้ในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย จะมีแนวโน้มของโรคที่รุนแรง ทั้งการดูแลรักษาทางกาย และการดูแลรักษาทางจิตใจที่ยาวนานขึ้นจนอาจนำไปสู่ความท้อแท้ ไร้ค่า ไร้ประโยชน์ จนสิ้นหวัง (Cruz, 2009)

โดยสรุปผลจากการศึกษาครั้งนี้ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .388, p < .001$  และ  $r = .276, p < .001$ ) และการสนับสนุนทางสังคมความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสามารถในการทำหน้าที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวัง ( $r = -.578, p < .001, r = -.517, p < .001, r = -.437, p < .001$  และ  $r = -.216, p < .05$  ตามลำดับ)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลในคลินิกจิตเวช หรือในชุมชนควรตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีโรคทางกาย ประยุกต์ใช้ผลการวิจัยในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาปัจจัยทำนายความสิ้นหวัง หรือปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เช่น ความรุนแรงของโรคทางกาย ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางกาย ระยะที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เป็นต้น
2. ศึกษาเปรียบเทียบความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีโรคร่วมทางกายแตกต่างกัน
3. ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย

## เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2554). *แนวปฏิบัติการบริการสุขภาพเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2555). *สถิติสำหรับงานวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- ขมนาด วรรณพรศิริ. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพของพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2555). *ภาวะซึมเศร้า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม*. เชียงใหม่: วนิดาพิมพ์.
- นิษา สมานทรัพย์. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรภรณ์ ไชยสังข์. (2556). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง*. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 6(1), 27-28.
- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). *การพัฒนาแบบวัด Hamilton rating scale for depression ฉบับภาษาไทย*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(4), 235-246.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมืองจังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า. (2558). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. สืบค้นจาก <http://www.thaidepression.com>
- สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. โครงการร่วมสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2552). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สุวดี ศรีวิเศษ. (2556). *กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(2), 98-109.
- อรษา ไยยอง และพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย. (2554). *ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโคจรจากการสูญเสียของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 117-128.
- อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ. (2556). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์. (2557). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., & Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: a theory - based Subtype of depression. *Psychological Rev*, 96(2), 358-372.
- Alexopoulos, G.S., Arean, P.A., Culloch, C., Kanellopoulos, D., Mackin, R.S., & Raue, P. (2010). Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1391-1398.

- Assari, S., & Lankarani, M.M. (2016). Depressive symptoms are associated with more hopelessness among white than black older adults. *Frontiers in Public Health*, (4)82, 1-10. doi: 10.3389/fpubh.2016. 00082
- Brant, P.A., & Weinert, C. (1981). The PRQ a social support measure. *Nurs Res*, 30(5), 277-280.
- Cruz, M., Scbulz, R., Pincus, P., Bensesi, S., & Roynolds, C. (2009). The association of public and private religious involvement with severity of depression and hopelessness in older adults treated for major depression. *The American Journal of Genetic psychiatry*, 17(6), 503-507.
- Dunn, S. (2005). Hopelessness as a response to physical illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(2), 148-154.
- Dykema, J., Bergbower, Doctora, D., Peterson, S. (1996). An attributional style questionnaire for general use. *Journal of psychoducational Assessment*, 14(2), 100-108.
- D' Zurilla, T.J., & Nezu A.M. (2007). Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention. *New York Springer*.
- Fry, P.S. (1984). Devolvement of a geriatric scale of hopelessness implication for consulting and intervention with depressed elderly. *Journal of Counseling Psychology*, 31(3), 322-331.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J. Neurol. Version Psychiatry*, 23(1), 56-62.
- Hamzaoglu, O., Ozkan, O., Ulusoy, M. & Gokdogan, F. (2010). The prevalence of hopelessness among adults: Disability and other related factor. *Journal of Psychiatry Medical*, 40(1), 77-91.
- Hepner, P. (1988). The problem solving inventory (PSI): Manual Palo alto CA. *Consulting Psychologies*, 3(4), 252-267.
- Jette, A.M., Haley, S.M., Coster, W.J., Kooyoomjia, J.T., & Dubuc, N. (2002). The Late Life Function And Disability Instrument: II development and evaluation of the function Component. *Journal Geronto*, 57(4), 217-222.
- Joiner, E. Jr., Joan, M., Cook B., Hersen C., Kathryn H., & Gordon, A. (2007). Double depression in older adult psychiatric Outpatients: Hopelessness as a defining feature. *Journal of Affective Disorders*, 101(3), 235-238.
- Kosns, L., Whelan, R., Donovan, A., & Mchugh, L.A. (2013). Implicit measurement of positive And negative future thinking as a predictor of depressive symptoms and hopelessness. *Consciousness and Cognition*, 22(3), 898-912.
- Pederson, S., Denollet, J., Daeman, J., Sandede, M. Jaegere, P.T. Erdman,.... van Domburg. R.T. (2007). Fatigue depressive symptoms and hopelessness as predictors of adverse clinical events following percutaneous coronary intervention with paclitaxel-eluting stents. *Journal of Psychosomatic*, 62(4), 455-461.
- Sanjuan, P., Perez, A., Rueda, B., & Ruiz, A. (2008). Interactive effect of attribution styles for positive and negative events on psychological distress. *Personality and Individual Differences*, 45(2), 187-190.
- Somasundaram, O.R., & Devamani, A.K. (2016). A comparative study on resilience perceived social support and hopelessness among cancer patients treated with curative and palliative care. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(2), 135-140.