



วารสาร การพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา

Nursing Public Health and Education Journal

ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561 ISSN 0859-3949

แนวทางการพัฒนาเด็กปฐมวัย อายุ 1 เดือน ถึง 2 ปี

* เดชา ทำดี, จุฬามาศ โชติบาง, เนตรทอง นามพรม, อุษณีย์ จันทะเวช, พิชรี วรกิจพูนผล

การพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน

* อภิชาติ ใจใหม่, กฤตพัทธ์ ศิกฝน

ประสบการณ์ของพยาบาลในการหยาเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤต

* ขวัญฤทัย พันธุ์, ทักษิภา ชัยวรรัตน์

การออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย: การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ

* ชลลดา ดิยะวิสุทธิ, ศิริพรพิมล ชัยสา, อัศนี วันชัย, ชลธิมา ปิ่นสกุล

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับทราบยาต้านการแข็งตัวของเลือด การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม
การจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพริ้วที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

* พรณิ ไทศาลทักษิณ, อภิรติ คำเงิน, จันทรีจิรา ยานะชัย, ณัฐติมาภรณ์ เคนหงษ์

โปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

* ชลียา วามะสุน, นุสรา ประเสริฐศรี

การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบบูรณาการไร้รอยต่อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

* มณฑนา จิระกังวาน, ศิริรัตน์ จันตรี

ปัจจัยที่มีผลต่อการปลดการชักในผู้ป่วยโรคลมชักตื้อยา

* จินนัชชา สมสิทธิ์, ชูศักดิ์ ลิ้มไพบ, อติมา วัฒนวิจิตรกุล

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

* อรัญญา นามวงศ์, เอกพันธ์ คัมภีระ, คอย ละอองอ่อน, วิชรี ไชยจันดี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแย่งแย่งในชีวิตของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

* นันทิกา อนันต์ชัยพัทธนา, ดลฤดี เพชรขว้าง, สุทธิณี มหามิตร วงศ์แสน, เกศินี การสมพจน์

รูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุเชิงพุทธบูรณาการ: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบ้านต๋อม จังหวัดพะเยา

* สมศรี สัจจะสกุลรัตน์, เทพประวิณ จันทร์แรง, พระครูพิพิธ สุตาทร

ผลของโปรแกรมการจัดการด้านการยศาสตร์ต่อการแก้ไขอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงาน
ของกลุ่มสตรีปักผ้าชาวไทยภูเขา อำเภอปอง จังหวัดพะเยา

* ณัฐพล ทนุติ, น้ำเงิน จันทรมณี, บุญลือ ฉิมบ้านไร่

การพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อความรับผิดชอบต่อสังคมของนิสิตคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ณัฐกฤตา งานมัญญะ

แนวทางการพัฒนาภาวะผู้นำทางการศึกษาและการบริหารงานวิชาการที่ส่งเสริมประสิทธิผลของโรงเรียนประถมศึกษา
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

* พระจันทร์ทอง จันทโชติ, อุทัย ภิรมย์รัตน์

การรับรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

* ทักษิภา ชัยวรรัตน์, จรรยา แก้วใจบุญ, วรณิภา เวียงคำ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจำหน่ายเครื่องตีแอลกอฮอล์ให้เยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าโดยรอบสถานศึกษา
ในจังหวัดอุดรธานี

* พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย



วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2561 ISSN 0859-3949

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

กำหนดการออกวารสาร

ทุกๆ 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

มกราคม – เมษายน

พฤษภาคม – สิงหาคม

กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

312 หมู่ 11 ต.บ้านต้อม อ.เมือง จ.พะเยา 56000

โทรศัพท์ 0-5443-1779 โทรสาร 0-5443-1889

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.เวทิน นพนิตย์

ผู้อำนวยการ Professional Associates of Thailand

ดร.ธานี กล่อมใจ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

บรรณาธิการ

ดร.ทักษิภา ชัชรรัตน์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.กฤตพัทธ์ ฝึกฝน ดร.ปรีศนีย์ สมบัติ

เลขานุการ

อาจารย์จรรยา แก้วใจบุญ

อาจารย์สมศรี ทาทาน

อาจารย์อัมพร ยานะ

อาจารย์วรัญญากร โนใจ

อาจารย์จิตติพร เรือนกุล

นายเอกชัย หมั่นขัติย์

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.อุทัย ภิรมย์รัตน์

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

รองศาสตราจารย์ ดร.ประวิต เอรารวรรณ์

รองเลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุดาร์ตน์ สิทธิสมบัติ

มหาวิทยาลัยเนชั่น

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล นธการกิจกุล

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สิงห์ตง

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย

เทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมานจิต ภิรมย์รัตน์

ผู้อำนวยการหลักสูตรศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

ดร.บรรจง ไชยรินคำ

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.ประจวบ แผลมหลัก

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์

มหาวิทยาลัยเนชั่น

ดร.นุสรุา ประเสริฐศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สรรพสิทธิประสงค์

ดร.สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สวรรค์ประชารักษ์

นครสวรรค์

ดร.ดาราวรรณ รองเมือง

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ดร.ดลนภา หงส์ทอง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

สารบัญ

	หน้า
• แนวทางการพัฒนาเด็กปฐมวัย อายุ 1 เดือน ถึง 2 ปี	3
• การพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน	17
• ประสบการณ์ของพยาบาลในการหยาเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤต	29
• การออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย : การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ	39
• ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพริ้วที่ได้รับการรักษาต้านการแข็งตัวของเลือด	49
• โปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	60
• การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบบูรณาการไร้รอยต่อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ	70
• ปัจจัยที่มีผลต่อการปลดการชักในผู้ป่วยโรคลมชักตื้อยา	84
• ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน	94
• ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา	106
• รูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุเชิงพุทธบูรณาการ : กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบ้านต๋อม จังหวัดพะเยา	120
• ผลของโปรแกรมการจัดการด้านการยศาสตร์ต่อการแก้ไขอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานของกลุ่มสตรีปักผ้าชาวไทยภูเขา อำเภอปง จังหวัดพะเยา	133
• การพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อความรับผิดชอบต่อสังคมของนิสิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	144
• แนวทางการพัฒนาภาวะผู้นำทางการศึกษาและการบริหารงานวิชาการที่ส่งเสริมประสิทธิผล ของโรงเรียนประถมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน	157
• การรับรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา	168
• ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้า โดยรอบสถานศึกษาในจังหวัดอุดรธานี	180



ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

อรัญญา นามวงศ์ เอกพันธ์ คำภีระ
คอย ละอองอ่อน วชิรี ไชยจันดี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะยา

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุ การทราบปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าเพื่อนำไปสู่การวางแผนป้องกันให้เร็วที่สุดมีความจำเป็นอย่างยิ่ง การวิจัยเชิงพรรณนาคครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลบ้านต้อม อำเภอ เมือง จังหวัดพะเยา สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายได้จำนวน 306 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามจำนวน 7 ชุด ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (3) แบบประเมินสภาพจิตใจ (4) แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (5) แบบวัดความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ (6) แบบสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และ (7) แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ความเชื่อมั่นแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง .71 ถึง .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ หาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ($\text{mean} = 3.15, \text{S.D.} = 1.92$) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง ($r = -.195, p < .001$) การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ($r = -.254, p < .001$) ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ($r = -.416, p < .001$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($r = -.193, p < .001$) และ แรงสนับสนุนทางสังคม ($r = -.142, p < .013$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ สรุปปัจจัยดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน



Selected Factors Related to Depressive Symptoms Among Community-Dwelling Older People with Chronic Illness

Arunya Namwong, Aekkaphan Khampeera
Watcharee Chaijundee, Khoy Laongon,
Boromarajonani College of Nursing, Phayao

Abstract

Depression among older adults with chronic illness is vital problem effecting on their holistic health. Understanding of factors that are the cause of depression leading to early preventive plan is crucial. Therefore, it must be. The descriptive research aimed to exam depressive symptoms and factors related to depressive symptoms among older people with chronic illness. Simple random sampling was used to obtain 306 samples being Thai older people with chronic diseases aged ≥ 60 years at Tumbon Bantom, Phayao during Febuary-March, 2017. The acceptable seven questionnaires were used to collect data as follow: 1) The personal data form 2) Instrumental Activities of Daily Living 3) Chula mental test 4) Social support 5) Spiritual well-being scale of Thai older Buddhists 6) The family relationship and depression and 7) Thai Geriatric Depression Scale-15. All questionnaires had the Alpha Cronbach's coefficient between .71 to .89. Descriptive statistics and Pearson product-moment correlation coefficient were used to analyze all data. Results showed that the samples had a mean of depressive symptom in normal criteria (mean = 3.15, S.D. = 1.92). Also, all factors had a significant statistic negative relationship with depression as follow: physical function ($r = -.195, p < .001$), cognitive function ($r = -.254, p < .001$), spiritual well-being ($r = -.416, p < .001$), The family relationship ($r = -.193, p < .001$), and Social support ($r = -.142, p < .013$). In conclusion, these factors would be developed to enhance depressive prevention program for the community-dwelling older adults with chronic illness in order to increasing their quality of life.

Key words: depressive symptom, community-dwelling older adults, chronic illness

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การสหประชาชาติ รายงานว่า ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกในปี ค.ศ. 2017 เพิ่มขึ้นถึง 962 พันล้านคนและจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องถึง 2.1 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2050 (United Nations, 2017) ประเทศไทย ประชากรผู้สูงอายุที่มากกว่า 60 ปี มีจำนวนถึง 11,663,028 คน จากจำนวนประชากรของ

ประเทศทั้งหมด 66,193,243 คิดเป็นร้อยละ 17.62 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2561 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561) ซึ่งจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุหลายด้าน โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 กลุ่มโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ



ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.2 เบาหวาน ร้อยละ 18.1 โรคอ้วน ร้อยละ 35.4 ภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 49.4 และ ภาวะเมแทบอลิกซินโดรม ร้อยละ 46.8

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายๆ โรคอาจส่งผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน และมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าจนอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ หากไม่สามารถปรับตัวยอมรับกับสภาพการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ประชากรโลกมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า 300 ล้านคน โดยพบมากในกลุ่มประชากรที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต (WHO, 2017) ในประเทศไทยกรมสุขภาพจิตคาดการณ์ว่า โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาอันดับแรกสุดของปัญหาสุขภาพจิต (บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์และเบญจพร ปัญญา, 2557) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นหนึ่งในสิบอันดับแรกของโรคที่มีขนาดภาระโรคสูง ความชุกของภาวะซึมเศร้าพบสูงขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไปพบมากที่สุดถึงร้อยละ 6.3 และพบในผู้สูงอายุหญิงอยู่ในระดับที่สูงกว่าผู้สูงอายุชายถึงสองเท่า (วิชัย เอกพลากร, 2557) ทั้งนี้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจิตใจ และสังคมไปในทางเสื่อม ทำให้มีความไม่สบาย ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุรวมทั้งการมีบทบาททางสังคมลดลง และอยู่ในภาวะพึ่งพิงลูกหลาน จนอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557) จากการศึกษา Meta analysis พบว่า ภาวะซึมเศร้าจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในประชากรผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและจะทำให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นจากภาระโรคดังกล่าว ในปี ค.ศ. 2020 โดยผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่เป็นโรคหัวใจ เบาหวาน โรคปอด และข้ออักเสบ (Chang-Quan, Bi-Rong, Zhen-Chan, Ji-Rong, & Qing-Xiu, 2010) ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย จากการศึกษาของบุษราคัม จิตอารีย์ (2555) พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังใน

ชุมชน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยร้อยละ 37.14 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 17.14 และมีระดับภาวะซึมเศร้าสูงร้อยละ 5.24 จากการที่ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายและส่งผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวันจนเป็นภาระให้กับผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูงกว่าวัยอื่น และเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล ครอบครัว และสังคม จนอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (มูทิตา วรรณชาติ และคณะ, 2558)

ภาวะซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกสูญเสียหรือความรู้สึกผิด และมีความเศร้าเสียใจ การรับรู้คุณค่าของตนเอง การนอนหลับ ความอยากรับประทานอาหาร ลดลง มีความรู้สึกอ่อนล้า และความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง (WHO, 2017) ส่งผลกระทบต่อหน้าที่ทางสังคม อาชีพ การงาน และมีโอกาสเจ็บป่วยรุนแรง กระทั่งต่อการสูญเสียสุขภาพ เกิดความพิการ และอาจเสียชีวิตได้ (WHO, 2012) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาการสูญเสียระบบประสาทและกล้ามเนื้อและเกิดข้อจำกัดการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก หรือความบกพร่องด้านการรับรู้ต่อบุคคล เวลา สถานที่ มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวันจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น สูญเสียภาพลักษณ์ ขาดความมีคุณค่าในตนเอง อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงได้ และกรณีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองยังมีแนวโน้มฆ่าตัวตายมากกว่าวัยอื่นๆ (จันทร์จิรา สีสว่าง และปุลวิช ทองแดง, 2559; Carson, 2012; Robinson & Jorge, 2016) โดยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.293, p<.05$) (ช่อผกา สุทธิพงศ์ และศิริอร สินธุ, 2558) ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายจึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้

การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้อง ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล มีการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้



ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (บุษราคัม จิตอารีย์, 2555) และพบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.385, p < .05$) (ข้อผูกาสุทธิพงศ์และศิริอร สีนธู, 2558) สอดคล้องกับมูจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) ศึกษาพบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและชุมชน และความเชื่อทางหลักธรรมคำสอนต่างๆ ของพระพุทธศาสนา เป็นปัจจัยคัดสรรที่ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนพรัตน์ ไทยแท้ (2557) พบว่าปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (กัตติกา ธนะขว้าง และคณะ, 2558) เนื่องจากผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นผู้มีความเข้าใจในธรรมชาติของชีวิต มีความหวัง มีความสุข สงบ และมีสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจ สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่น มีความภาคภูมิใจในตนเอง (Waite, Hawks & Gast, 1999) เพราะการควบคุมและปล่อยวางจิตใจสามารถช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (พระปลัดสมชาย บิโยโค และอุทัย สุดสุข, 2558) นอกจากนี้ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ด้านสติปัญญามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยความสามารถในการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.181, p < .05$) เช่นกัน(มูจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติกับการใช้ภาษา ($p = -.139; p < .001$) และความสามารถในการจำ ($p = -.089;$

$p < .05$) ของผู้สูงอายุชาวแอฟริกัน-อเมริกัน (Hamilton et al., 2014)

จังหวัดพะเยาเป็นหนึ่งในจังหวัดภาคเหนือตอนบนที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 17 ของประชากรทั้งหมด และตำบลบ้านต๋อม ซึ่งเป็นตำบลขนาดใหญ่เป็นที่ตั้งของศูนย์ราชการจังหวัด มีทั้งหมด 18 หมู่บ้าน มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 3,156 คิดเป็นร้อยละ 20.66 จัดเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จากจำนวนผู้สูงอายุเหล่านี้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หัวใจขาดเลือด คิดเป็นร้อยละ 47.71 และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นถึงร้อยละ 3.83 (กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2559) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายจนเกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงและรบกวนการกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งองค์รวม ได้แก่ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ หากผู้สูงอายุไม่สามารถยอมรับและปรับตัวอยู่กับโรคเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ อย่างไรก็ตามที่ผ่านมายังไม่มีรายงานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าว ดังนั้นการทราบถึงอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการเกิดภาวะซึมเศร้า จะช่วยให้สามารถประเมินและให้การวางแผนให้การดูแลป้องกัน และการช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยเลือกศึกษาปัจจัยคัดสรรแล้วจากการทบทวนวรรณกรรมว่าสามารถปรับเปลี่ยนและจัดการทำได้หากนำมาปรับใช้ในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อนำสู่การวางแผนการป้องกัน ส่งเสริม และดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างเหมาะสมต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย การทำหน้าที่ทางสติปัญญา แรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่คัดสรรประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง มีระยะเวลาการดำเนินของโรคมามากกว่า 3 เดือน และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในตำบลบ้านต้อม อ. เมือง จ. พะเยา จำนวน 1,506 คน (กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2559) กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) และใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 306 คน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามจำนวน 7 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ของร่างกาย หมายถึง ระดับความสามารถของบุคคลในการแสดงถึงการกิจวัตรประจำวันขั้นสูงขึ้นไป ประกอบด้วย การจัดการด้านการเงิน การประกอบอาหาร การออกไปซื้อของ การเดินทาง การทำงานบ้าน การใช้โทรศัพท์ และการรับประทานยา ประเมินโดยใช้แบบประเมินดัชนีจุฬาเอดีแอล (The Chula Activity of Daily Living Index: CAI) (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2548) จำนวน 5 ข้อโดยมีเกณฑ์ดังนี้ (1) 0-2 พึ่งพาโดยสมบูรณ์ (2) 3-4 พึ่งพารุนแรง (3) 5-6 พึ่งพาแบบปานกลาง และ (4) >7 ไม่เป็นภาวะพึ่งพา มีค่าความเชื่อมั่น = .89

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบการทำหน้าที่ด้านสติปัญญา หมายถึง กระบวนการที่ได้มาซึ่งข้อมูลและการใช้ข้อมูล ประกอบด้วย การคิด เชิงนามธรรม และการคำนวณ ความจำ การรับรู้เวลา สถานที่ การสื่อสาร และการแก้ไขปัญหา ประเมินโดย แบบทดสอบสุภาพจิตของจุฬา (The Chula Mental Test: CMT) (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2548) จำนวน 13 ข้อ แปรผลระดับคะแนนได้แก่ (1) คะแนน 15-19 ปกติ (2) คะแนน 10-14 มีปัญหาด้านสติปัญญาเล็กน้อย (3) คะแนน 5-9 มีปัญหาด้านสติปัญญาระดับปานกลาง และ (4) คะแนนระหว่าง 0-4 มีปัญหาด้านสติปัญญาระดับรุนแรง โดยมีค่าความเชื่อมั่น = .75

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับจากผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ประเมินด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (จินตนาภา ฉิมจินดา, 2555) จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับได้แก่ (1) คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก (2) คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และ (3) คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย มีค่าความเชื่อมั่น = .77

ส่วนที่ 5 แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความเข้าใจในธรรมชาติของชีวิต มีจิตใจสุขสงบ มีความหวังในการดำเนินชีวิต และมีพลังยึดเหนี่ยวจิตใจ ประเมินด้วยแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ใหญ่ชาวไทย พุทธที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (Promkaewngam, Pothiban, Srisuphan, Sucamvang, 2013) จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และแบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับดังนี้ (1) 1.00-2.33 คะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ (2) 2.34 - 3.67 คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง และ 3.68-5.00 คะแนน



หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง
มีค่าความเชื่อมั่น = .76

ส่วนที่ 6 แบบสอบถาม**สัมพันธภาพในครอบครัว** หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการกระทำของบุคคลในครอบครัว ใช้แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว (บุษราคัม จิตอารีย์, 2555) จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ การแปลผลใช้คะแนนรวมซึ่งมีช่วงคะแนนระหว่าง 16-64 คะแนนดังนี้ (1) 38-64 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี (2) 27-37 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (3) 16-26 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่น = .79

ส่วนที่ 7 แบบวัด**ความเครียดในผู้สูงอายุไทย** (TGDS-15) จำนวน 15 ข้อ (ณหทัย วงศ์ปการันย์ และคณะ., 2559) เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือกคือ ใช่ และไม่ใช่ แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (1) 0-5 ไม่มีภาวะซึมเศร้า (2) 6-10 มีภาวะซึมเศร้าควรติดตามหรือส่งพบแพทย์ (3) 11 คะแนนขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้าแน่นอน มีค่าความเชื่อมั่น = .89

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล: เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1-28 กุมภาพันธ์ 2560 โดยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล จากสาธารณสุขอำเภอเมือง พะเยา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเขียนหนังสือ หรืออ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อคำถามให้ผู้สูงอายุตอบ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อคำถามเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ข้อมูลทั่วไปหาค่าความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของภาวะซึมเศร้าใช้ค่าความถี่ ร้อยละ และแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าตามลักษณะของเครื่องมือวัด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา เลขที่ 08/60 ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2560 เลขที่โครงการ/รหัส 1103701689633 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย โดยบอกวัตถุประสงค์ในการตอบข้อคำถาม อธิบายประโยชน์เกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมและลงนามเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ได้ทุกเวลาจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้ นำเก็บเป็นความลับ และอยู่ในที่ปลอดภัย และการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมโดยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมีจำนวนทั้งสิ้น 306 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.9 มีอายุอยู่ระหว่าง 65-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 30.4 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 58.5 รองลงมาเป็นสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 31.0 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.1 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 85.6 เป็นครอบครัวเดี่ยวมากที่สุด ร้อยละ 57.8 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 28 รองลงมา เป็นเบาหวาน ร้อยละ 17.3 โดยมีระยะเวลาของการเป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 35.3

2. จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความซึมเศร้า (n=306)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 94.4 มีภาวะซึมเศร้าควรติดตาม/ส่งพบแพทย์ประเมินอาการ ร้อยละ 5.6 ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	289	94.4%
มีภาวะซึมเศร้าควรติดตาม/ส่งพบแพทย์ประเมินอาการ	17	5.6%
มีภาวะซึมเศร้าแน่นอน	-	-

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรต่างๆกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (n=306)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นสูง ($r = -.195$) การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ($r = -.254$) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($r = -.416$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($r = -.193$) ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = -.142$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .013$

ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	
	Correlation coefficient (r)	p-value
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นสูง	-.195**	.001
การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา	-.254**	.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.142 *	.013
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	-.416**	.001
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.193**	.001

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดถึง ร้อยละ 94.4 รองลงมา มีภาวะซึมเศร้าควรติดตาม/ส่งพบแพทย์ประเมินอาการ ร้อยละ 5.6 และไม่พบภาวะซึมเศร้าแน่นอนที่ต้องทำการรักษา อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สามารถปรับตัวอยู่กับโรคเรื้อรังได้ด้วยดี ยอมรับการเจ็บป่วยและเข้าใจในความเป็นธรรมชาติของชีวิต จึงดำเนินชีวิตไปตามปกติ ดูแลรักษาสุขภาพ รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การน้อมนำหลักพระพุทธศาสนาเข้ามาใช้เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจยามเจ็บป่วย คือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน พรหมแก้วงาม และอรรณพ นามวงศ์ (2560) พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในตำบลบ้านต้อม มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ใน

ระดับสูง ร้อยละ 92.2 โดยในด้านความเข้าใจตนเอง และธรรมชาติของชีวิต อยู่ในระดับสูง ถึงร้อยละ 86.2 จึงอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ตามบริบทบ้านต้อมมีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งชนบท ผู้สูงอายุส่วนใหญ่แม้จะเป็นครอบครัวเดี่ยว แต่มีลักษณะของครอบครัวลูกหลานตั้งอยู่ใกล้เคียง สามารถดูแลได้อย่างใกล้ชิด และมีหน่วยงานราชการชุมชน ได้แก่ เทศบาลตำบล รพ.สต. วัด โรงเรียน การศึกษานอกโรงเรียน ผู้นำชุมชน วิทยาลัยพยาบาล ซึ่งได้จัดกิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงวัยในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมิน คัดกรอง ภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามยังมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งร้อยละ 5.6 ที่มีภาวะซึมเศร้าควรติดตาม ใกล้เคียงกับการสำรวจระดับประเทศพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้า



พบสูงขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไปพบมากที่สุดถึงร้อยละ 6.3 (วิชัย เอกพลากร, 2557) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุบ้านต้อม มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รุนแรง เป็นโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจขาดเลือด คิดเป็นร้อยละ 47.71 และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนถึงร้อยละ 3.83 (กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2559) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย รวมถึงการเกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงและทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ต้องพึ่งพาคนอื่นมากขึ้น จึงอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายুরวมทั้งการมีบทบาททางสังคมลดลง และอยู่ในภาวะพึ่งพิงลูกหลานจนอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (นริสา วงศ์พนารักษ์และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง ($r = -.195, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อธิบายได้ว่า หากผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ได้หรือได้น้อยมากจำเป็นต้องพึ่งพาคนอื่นอยู่เสมออาจทำให้ความรู้สึกการมีคุณค่าต่อตนเองลดลง จนถึงกับมีภาวะซึมเศร้าได้ และในทางตรงกันข้ามหากผู้สูงอายุนั้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูงได้ด้วยตนเอง เช่น ทำงานบ้าน ทำอาหารได้ ไปซื้อของนอกบ้าน ใช้ขนส่งสาธารณะได้ สามารถพึ่งพาตนเองได้ ไม่เป็นภาระกับลูกหลาน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จึงไม่เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายๆ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริอร สีนุ, รสสุคนธ์ วาริทสกุล และ อรวรรณ ศรียุกตศุทธ (2556) พบว่า ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.467, p < .001$) และอีกหลายการศึกษาที่พบว่าการมีข้อจำกัดด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกายหรือการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง จะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น (ชัยวัฒน์ อินไชยา, โสภณ แสงอ่อน และ พชรินทร์ นินทจันทร์, 2559; บุชรัคม จิตอารีย์, 2555; มุจรินทร์ พุทธเมตตา และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559; Stegenga, et al, 2012)

การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ($r = -.254$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการรู้ การคิด การจำลดลงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูงทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ด้านสติปัญญาบกพร่อง ทำให้ต้องพึ่งพาคนอื่นหรือบุคคลใกล้ชิดค่อนข้างมาก จึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าค่อนข้างมาก (ชัยวัฒน์ อินไชยา โสภณ แสงอ่อน และ พชรินทร์ นินทจันทร์, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาในอเมริกา พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติกับการใช้ภาษา ($r = -.139; p < .001$) และความสามารถในการจำ ($r = -.089; p < .05$) ของผู้สูงอายุชาวแอฟริกัน-อเมริกัน (Hamilton, et al., 2014) นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหากมีภาวะพร่องของสมรรถภาพสมองมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า (OR 2.9 95% CI: 1.3-6.2) (นันทกา ภักดีพงษ์และเจียมจิต แสงสุวรรณ, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ มุจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) พบว่าความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.181, p < .05$) หากผู้สูงอายุมีความสามารถในการรู้คิดในระดับต่ำจะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($r = -.416, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความเข้าใจในธรรมชาติของชีวิตว่ามีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีความสุขสงบทางจิตใจ มีความหวังในชีวิต มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของตนเอง สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นและมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคนอื่น มีความภาคภูมิใจในตนเอง (Waite, Hawks, & Gast, 1999) โดยเฉพาะหากนำหลักธรรมในพระพุทธศาสนาเข้ามาใช้ในการดำเนินชีวิตจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าค่อนข้างต่ำหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า เพราะความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นเสมือนภูมิคุ้มกันทางจิตใจที่นำมาสู่



การแก้ปัญหาที่ตรงตามเหตุแห่งการเกิดทุกข์มากที่สุดตามหลักพระพุทธศาสนา (Promkaewngam et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ พระปลัดสมชาย ปโยโค, อุทัย สุดสุข (2558) การใช้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนามาปรับใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในสังขารชีวิต หลักพุทธบูรณาการทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากสามารถควบคุมและปล่อยวางจิตใจ ลดการยึดติดในเรื่องโรคประจำตัวได้ จึงเป็นรูปแบบทางเลือกที่สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

สัมพันธ์ภายในครอบครัว ($r = -.193, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อธิบายได้ว่า ครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันสามารถลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ในขณะที่เดียวกันหากสัมพันธ์ภาพในครอบครัวค่อนข้างต่ำหรือไม่ดีเยี่ยมทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง สัมพันธ์ภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของคนในครอบครัว หากสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะทำให้ คนในครอบครัว มีความสุข มีกำลังใจ มองปัญหาต่างๆด้วยเหตุผลไม่ใช้อารมณ์ในการแก้ปัญหา ไม่เกิดความเครียด ความกังวล สามารถปรับตัว พินิจอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นไปได้ด้วยดี เมื่อสมาชิกเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรัง หมดหวัง ท้อแท้กับการรักษาพยาบาลก็สามารถยืนหยัดต่อสู้กับปัญหาหรือทุกข์ต่างๆได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า แต่ในทางตรงข้ามหากคนในครอบครัวมีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีต่อกัน คนในครอบครัวอาจจะรู้สึกหมดคุณค่า เกิดอารมณ์เครียด รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง ไม่มีพลังในการดำเนินชีวิตต่อไป อาจจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (สายพิน ยอดกุล และจิตภินันท์ ศรีจักร โคตร, 2557) นอกจากนี้ในครอบครัวที่มีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดี สมาชิกในครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังอาจเกิดความรู้สึกกลัว ท้อแท้ รู้สึกเศร้า เหมือนตนเองถูก

ทอดทิ้ง รู้สึกสับสน รู้สึกว่าตนเองขาดที่พึ่ง อ่อนล้า จนช่วยตนเองไม่ได้ และอาจส่งผลให้โรคเรื้อรังที่เป็นอยู่มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น (Hatawaikarn, 2012; เพย หลีวรรณภา ศรีธัญรัตน์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญา วงศ์ใหม่ (2560) พบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวต่ำมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ในสังคมผู้สูงอายุบ้านต่อมเป็นสังคมที่ยังคงไว้ซึ่งความเอื้ออาทร เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่แก่กันของคนในครอบครัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับความเอาใจใส่จากลูกหลาน มอบความรัก ความผูกพัน ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้สึกอบอุ่น รู้สึกการมีคุณค่าในตนเอง และมีกำลังใจในการปรับตัวอยู่กับโรคเรื้อรังได้อย่างสงบ (อริญา นามวงศ์ และคณะ, 2560)

แรงสนับสนุนทางสังคม ($r = -.142, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมากจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ ในตรงกันข้ามหากมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยก็จะมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ทั้งนี้แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งประกอบด้วย 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ การเอาใจใส่ ยกย่อง ให้คุณค่า 2) การให้ความช่วยเหลือทางการเงิน ทรัพย์สิน สิ่งของที่จำเป็น 3) การให้ข้อมูลข่าวสาร ที่เป็นประโยชน์ และ 4) การได้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนอย่างเหมาะสม (House, 1981) หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ตนเองว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวอย่างเหมาะสมก็จะเกิดแรงสนับสนุนทางบวกทำให้เกิดกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป (อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ, 2553) จึงเป็นการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับมูจรีนทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.331, p = .000$) โดยปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยคัดสรรที่ปกป้องการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรพิน คำโต และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2557) พบว่าการสนับสนุน



ทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในผู้ป่วยซึมเศร้าวัยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 5 ปัจจัย ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ความผาสุกทางจิตวิญญาณ สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการจัดโครงการหรือกิจกรรมหรือโปรแกรมการป้องกันกาเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับตัวแปรดังกล่าว

มาจัดกระทำ เพื่อให้โปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพมากที่สุด

2. ปัจจัยด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า จึงควรมีการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณให้กับให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้หลักการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในธรรมชาติของความเป็นไปของชีวิต มีจิตสุขสงบ มีความหวังในชีวิต และมีสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจ และมีการประเมิน ติดตามภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเป็นระยะ เพื่อให้การช่วยเหลือ รักษาได้อย่างทัน่วงที

เอกสารอ้างอิง

- กัตติกา ธนะขว้าง, วันทนา ถิ่นกาญจน์, รวมพร คงกำเนิด และ อัมพรพรรณ ชีรานุตร. (2558). *รายงานการวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย*. สำนักวิทยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2559). *ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดพะเยา*. สืบค้นเมื่อ 31 มีนาคม 2561, จาก http://203.209.96.247/chronic/report_main.php
- จันทร์จิรา สีสว่าง และปูลวิษฐ์ ทองแดง. (2559). ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยสูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ์*, 8(2), กรกฎาคม-ธันวาคม.
- จินตนาภา นิมนจินดา. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน. สืบค้นเมื่อ 31 มีนาคม 2561, จาก <http://library.christian.ac.th/thesis/document/T032950.pdf>
- ชัยวัฒน์ อินโซยา, โสภณ แสงอ่อน และ พชรินทร์ นินทจันทร์. (2559). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 17-33: มกราคม-เมษายน.
- ช่อผกา สุทธิพงศ์และ ศิริอร สินธุ. (2012). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(1), 28-39.
- ณัทย์ วงศ์ภารักษ์ และคณะ. (2559). *คู่มือการดูแลผู้สูงวัย : สูตรคลายซึมเศร้า*. ใน ณัฐพรณ เรื่องศิริณสรณ์ (บรรณาธิการ). พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- นพรัตน์ ไทยแท้. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอ เขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ*, 7(2), 207-217.
- นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 24-31, กันยายน-ธันวาคม.
- นันทกา ภักดีพงษ์และเจียมจิต แสงสุวรรณ. (2552). ภาวะพร่องของสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 7(1).



เอกสารอ้างอิง

- บุญส่ง หาเวทย์การ, ผ่องพรรณ อรุณแสง และวิลาวรรณ พันธุ์ฤกษ์. (2555). การพัฒนาแบบวัดการพยาบาลเฝ้า
อาหารผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(2), 154-165: เมษายน-มิถุนายน.
- บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์และเบญจพร ปัญญา. (2557). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ในเขตสุขภาพ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 22 (3): 142-156.
- บุษราคัม จิตอารีย์. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัด
นครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- พระปลัดสมชาย ปโยโคและอุทัย สุดสุข. (2558). พุทธบูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทย.
วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์มจร, 3(2), 46-64. doi: 10.14456/jmcupeace.2015.4
- เพย หลี, วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และ เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2555). ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชนหนา
เหมียน เมืองหนานหนิง มลพลาทวาลี สาธารณรัฐประชาชนจีน. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(1), 71-78.
- มุจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
โรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(2), พฤษภาคม-สิงหาคม.
- มูทิตา วรรณชาติ, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญ
เสริมศักดิ์.(2558). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี.
วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 58(พิเศษ), 18-29.
- วิชัย เอกพลกร. (บก.). (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557.
นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- ศิริอร สีนุ, รสสุคนธ์ วาริตสกุล และอรอมณ ศรียุคตศุทธ. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่รับ
การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 19(2), กรกฎาคม-กันยายน
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). *มิเตอร์ประเทศไทย*. สืบค้น 31 มีนาคม 2561, จาก
<http://www.thailandometers.mahidol.ac.th/index.php?#population>
- สายพิน ยอดกุล และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. (2557). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการ
รักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*,
30(3), กรกฎาคม-กันยายน.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2548). การประเมินผู้สูงอายุ ในวันที่ โทสะกุล (บรรณาธิการ). *การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุ
แบบสหสาขาวิชา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- แสงเดือน พรหมแก้วงาม และอริยญา นามวงศ์ (2560). ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน.
วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(3), กรกฎาคม-กันยายน.
- อรพิน คำโต และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ.
วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28(2), 74-87.
- อภิญญา วงศ์ใหม่. (2560). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าและแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขต
เทศบาลตำบลแม่ว้าง อำเภอแม่ว้าง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2553). แรงสนับสนุนทางสังคม: ปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน. *รวมอธิติสาร*,
16(2). พฤษภาคม-สิงหาคม.



เอกสารอ้างอิง

- อรัญญา นามวงศ์, แสงเดือน พรหมแก้วงาม, ดลนภา ไชยสมบัติ, สุทธิลักษณ์ จันทะวัง, วชิร ไชยจันดี, อรพิณ บัวงาม และ สาคร นาดี. (2560). รูปแบบศักยภาพชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยและนวัตกรรมเพื่อถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ชุมชนฐานราก สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา.
- Carson, A. J. (2012). Mood disorder as a specific complication of stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 83, 859. doi:10.1136/jnnp-2011-301854.
- Chang-Quan, H., Bi-Rong, D., Zhen-Chan, Lu., Ji-Rong, Yue., & Qing-Xiu, Liu. (2010). Chronic diseases and risk for depression in older age: A meta-analysis of published literature. *Ageing Research Reviews*, 9 131–141. doi:10.1016/j.arr.2009.05.005
- Hamilton, J. L., et al. (2014). Relationship Between Depressive Symptoms and Cognition in Older, Non-demented African Americans. *Journal of International Neuropsychological Society*. 20(7): 756-763. doi:10.1017/S1355617714000423.
- Hatawaikarn, B. (2012). Development of Age-friendly nursing care scale perceived by hospitalized older persons. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division*. 30(2):154-165.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA : Addison- Wesley.
- Pan, A., Lucas, M., Sun, Q., van Dam RM, Franco OH, Manson JE, Hu, F.B. (2010). Bidirectional association between depression and type 2 diabetes mellitus in women. *Archives of Internal Medicine*, 170:1884–1891.
- Promkaewngam S, Pothiban L, Srisuphan W, Sucamvang K. (2013). Development of the Spiritual well-being Scale for Thai Buddhist Adults with Chronic Illness. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 18(4): 320-32.
- Robert, G. Robinson & Ricardo, E. Jorge. (2016). Post-Stroke Depression: A Review. *American Journal Psychiatry*. 173:221-231; doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15030363
- Stegenga, B. T., et al. (2012). Depression, anxiety and physical function: exploring the strength of causality. *Journal of Epidemiol and Community Health*. 66(7).
- Rustad, J. K., Musselman, D. L & Nemeroff, C. B. (2011). The relationship of depression and diabetes: pathophysiological and treatment implications. *Psychoneuroendocrinology* 36:1276-1286.
- United Nations. (2017). World Population Prospects the 2017 Revision Key Findings and Advance Tables. [Online] Retrieved on 2 March 2018. from: https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf.
- World Health Organization (WHO). (2012). Depression. Retrieved on 2 March 2018. from [http:// www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/).
- World Health Organization. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Retrieved on 12 April 2017. from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=>
- Waite, P. J., Hawks, S. R & Gast, J, A. (1999). The correlation between spiritual well-being and health behaviors [Electronic version]. *American Journal of Health Promotion*, 13(3).



คำแนะนำ



การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์

ในวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา พ.ศ.2561

เพื่อให้การจัดทำวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ จึงขอให้งดเลิกคำแนะนำปี 2558 และใช้คำแนะนำนี้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้น ๆ

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในบทความที่ส่งขอรับการตีพิมพ์อย่างน้อย 2 คนที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพสามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัยบทความวิชาการหรือ บทความปริทรรศน์

คำแนะนำของการเตรียมบทความ

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษามีดังต่อไปนี้

1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา

1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อนยกเว้นเป็นผลงาน

วิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน

1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนดมิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)

2. อัตราค่าบำรุงวารสารฯ / ค่าธรรมเนียมในการนำผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารฯ

2.1. กรณีส่งตามปกติอัตราค่าธรรมเนียม 3,000 บาท/ 1 บทความ

2.2. กรณีส่งแบบเร่งด่วน (Fast track) อัตราค่าธรรมเนียม 5,000 บาท/ 1 บทความ



โดยชำระค่าลงทะเบียนตีพิมพ์บทความ โดยการโอน
เงินมาที่ บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขา พะเยา เลขบัญชี
512-0-69285-0 ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราช
ชนนี(งานวารสาร)

3. การเตรียมต้นฉบับบทความวิจัยมีแนว
ปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้ง ภาษาไทย และ
ภาษาอังกฤษ

3.2. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
(Abstract)

3.3. ชื่อ-สกุลและสถานที่ทำงานของผู้แต่ง
(ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

3.4. คำสำคัญ (Keywords) ให้ผู้เขียน
พิจารณา คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
จำนวน 3-5 คำ

3.5. บทนำเป็นการเขียนความเป็นมาหรือ
ความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็น
ประเด็นหลักการวิจัยเขียนให้กระชับตรงประเด็นและ
แสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา

3.6. วัตถุประสงค์การวิจัย กระชับและ
ชัดเจน

3.7. ระเบียบวิธีการวิจัยเป็นการเขียน
อธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธีวิจัยที่มี
คุณภาพ โดยมีรายละเอียดพอสังเขปที่แสดงให้เห็นถึง
รายละเอียดของกระบวนการ

3.8. ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการ
วิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัยหากจะมีการ
นำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้
เหมาะสมและให้นำเสนอข้อมูลได้ตารางตามที่จำเป็น
การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่
แสดงในตาราง

3.9. อภิปรายผลเป็นการแปลความหมาย
ของผลการวิจัยและอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่
เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง
ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคน
อื่นหรือไม่อย่างไรทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุน

ด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลและอธิบาย โดยใช้
หลักฐานเชิงประจักษ์

3.10. ข้อเสนอแนะในการเขียน
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อ
การนำผลการวิจัยไปใช้ หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอด
ในอนาคตทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบ
จากการวิจัยครั้งนี้ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการ
โดยทั่วไป

3.11. ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ใน
บทความขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความ
น่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปีมีการระบุชื่อผู้แต่ง
และปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจนควรอ้างอิงจากแหล่ง
หรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูลและบทความใดที่มี
การตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์
ในการพิจารณาลงตีพิมพ์

4. การเตรียมต้นฉบับบทความปริทัศน์
(Review Article)มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน
ดังนี้

4.1 ชื่อเรื่อง ทั้ง ภาษาไทย และ
ภาษาอังกฤษ

4.2 ชื่อผู้พิมพ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน
โดยใช้ภาษาไทย

4.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้ง
ภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว
ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำ
สำคัญ(Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
จำนวน 3-5 คำ

4.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญ
ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของ
เรื่องที่น่าสนใจ เขียนให้กระชับตรงประเด็นและแสดง
ถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้

4.5 สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรง
กับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่น่าสนใจจะต้องกระชับ
ตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

4.6 วิจารณ์ เป็นการสรุปสาระ และ
แสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรม
ต่าง ๆ มาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้



4.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

4.8. เอกสารอ้างอิง

5. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ทำตามแบบฉบับสำหรับแนวทางของการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบของAPAปี ค.ศ. 2011 รายละเอียดศึกษาจากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association. มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องหมาย และต่อด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อรอง ดังตัวอย่าง

5.1 หนังสือ

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

บุญชม ศรีสะอาด. (2547). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S. (2004). *Psychology: The brain, the person, the world*. (2nd ed.). Essex, England: Pearson Education Limited.

Mussen, P., Rosenzweig, M. R., Aronson, E., Elkind, D., Feshbach, S., Geiwitz, P. J., et al. (1973). *Psychology: An introduction*. Lexington, Mass.: Heath.

5.2 วารสาร

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

เพชฌัญญู กิจระการ และสมนึก ภัททิยธนี. (2545). ดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index:E.I.). *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 8(1), 30-36.

Klimoski, R., & Palmer, S. (1993). The ADA and the hiring process in organizations. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 45(2), 10-36.

5.3 หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

ประสม เนืองเฉลิม. (2549). วิทยาศาสตร์พื้นฐาน: การจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรม ท้องถิ่นการบูรณาการ ความรู้พื้นบ้านกับการจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อชุมชน:กรณีศึกษาจากแหล่งเรียนรู้ป่าปู้ตา. ใน ฉลาด จันทรมบัติ (บรรณาธิการ), *ศึกษาศาสตร์วิจัย ประจำปี2548 – 2549* (หน้า 127 – 140). มหาสารคาม: สารคาม-การพิมพ์-สารคามแปเปอร์

Cooper, J., Mirabile, R., & Scher, S. J. (2005). Actions and attitudes: The theory of cognitive dissonance. In T. C. Brock & M. C. Green (Eds.), *Persuasion: Psychological insights and perspectives* (2nd ed., pp. 63-79). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

5.4 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้นิพนธ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด). ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อฐานข้อมูล. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (3 ธันวาคม 2548). *ธนาคารหลักสูตร*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2550, จาก <http://db.onec.go.th/thaigifted/lessonplan/index.php>



Wollman, N. (1999, November 12).

Influencing attitudes and behaviors for social change.

Retrieved July 6, 2005, from

<http://www.radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html>

6. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่าง ๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่าง ๆ ถูกต้องตามพจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

7. การตั้งค่าน้ำกระดาษให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ Angsana New ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวมบทความย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

8. ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ผู้พิมพ์จะได้รับวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 1 ฉบับ ในกรณีที่ผู้พิมพ์ต้องการประสงค์จะซื้อเพิ่มเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 150 บาท

9. การส่งต้นฉบับให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไป

9.1. ส่งต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (.docx) ไปที่เว็บไซต์ของวารสารที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy> เพื่อทำการลงทะเบียนสมาชิกวารสารและดำเนินการส่งบทความผ่านระบบ

ออนไลน์ของ TCI ทั้งนี้ผู้เขียนสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำเบื้องต้นสำหรับผู้พิมพ์ที่เมนูด้านขวามือของหน้าเว็บไซต์ หรือตามคู่มือแนบท้าย

9.2. เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการวารสารให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

9.3. ชำระเงินค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ในวารสารเมื่อได้รับหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการข้อ 8. วารสารมีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับคือฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายนฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล
การสาธารณสุขและการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง
จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000
โทรศัพท์ 0-5443-1779 ต่อ 105,114
โทรสาร 0-5443-1889
มือถือ 06-1289-5926
E-mail : journal@bcnpy.ac.th

