



## ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย

ชัชเจน จันทรพัฒน์, พช.ม.\*

สุนุดตรา ตะบุญพงศ์, ปร.ด.\*\*

วันดี สุทธิรังษี, ปร.ด.\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของไทย จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบวัดภาวะซึมเศร้าซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความเศร้าผู้สูงอายุไทย แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 72.3 ปี และเป็นเพศชาย ร้อยละ 54.2 เพศหญิงร้อยละ 45.8 กลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ 61.7 มีภาวะซึมเศร้า โดยร้อยละ 37.5 ของกลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 21.7 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และร้อยละ 2.5 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง การศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติได้แก่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ( $r=-.46$ ) การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ( $r=.36$ ) การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว ( $r=-.26$ ) และระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ( $r=.17$ ) จากการวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าตัวแปรทั้ง 4 ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 36 โดยที่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย มีสัมพันธภาพกับครอบครัว และระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล อธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าเป็นร้อยละ 21, 6.3, 6 และ 3 ตามลำดับ ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนว่าการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้ นอกจากนี้พยาบาลหรือทีมสุขภาพควรมีการพูดคุยเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคให้ผู้ป่วยเข้าใจ และส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว ในขณะที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ

\*โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

\*\*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์





## Relationship between selected factors and depression of hospitalized elders in general hospital, southern Thailand

Chatjane Jantarapat, M.N.S.\*

Sunutra Taboonpong, Ph.D.\*\*

Wandee Suttharangsee, Ph.D.\*\*

### Abstract

This study aimed to study relationship between selected factors and depression of hospitalized elders. Subjects included 120 hospitalized elders. Data were collected through questionnaires, consisting of ability in performing daily living activities questionnaire, depression scale adapted from Thai Geriatric Depression Scale, Family relationship questionnaire, Perceived severity of illness questionnaire, and Personal data questionnaire. Mean age of subject was 72.3 years . 54.2 percent were male, whereas, 45.8 were female. Results revealed that 61.7 % Of subjects have depressed, whereas, 37.5 % of this group rated as mild depression, 21.7% as moderate depression, and 2.5% as severe depression. There was a significant relationship between depression and ability in performing daily living activities ( $r=-.46$ ), perception of illness severity ( $r=.36$ ), relationship with family ( $r=-.26$ ), and length of stay ( $r=.17$ ). From multiple regression analysis with stepwise method, these four factors explained 36% Of variance of depression. Ability in performing daily living activities, perception of illness severity, family relationship, and length of stay in hospital explained 21%, 6.3%, 6%, and 3% of variance of depression, consecutively. The findings reflected that enhancing elders' ability in performing their activities during hospitalization will lessen elderly's depression. Talking with patient about their severity of illness, as well as enhancing family relationship are also recommended as nursing interventions for preventing or lessening depression of elders.

**Key words :** depression, elders

\*Songklanagarind Hospital

\*\*Faculty of Nursing, Prince of Songkla University



## บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหนึ่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ<sup>1,2</sup> คิดเป็นประมาณร้อยละ 20-40 ของผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปี<sup>3</sup> เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับภาวะสุขภาพที่เสื่อมลง มีโรคทางกายเพิ่มมากขึ้น มีสารชีวเคมีและฮอร์โมนลดลง โดยเฉพาะฮอร์โมนไทรอกซิน<sup>4</sup> ตลอดจนต้องเผชิญกับภาวะสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ซึ่งล้วนแต่สร้างความตึงเครียดให้กับผู้สูงอายุ และทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น มีการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าจะมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังสูงถึงร้อยละ 33.3 ของผู้ป่วยเรื้อรังทั้งหมด<sup>5</sup> โดยเฉพาะในรายที่ต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล<sup>6</sup> เพราะการต้องเข้ารับการรักษานี้ในโรงพยาบาลทำให้ผู้สูงอายุต้องแยกจากบุคคลในครอบครัว ต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่คุ้นเคย เช่น การรักษาสถานที่ หรือต้องเผชิญปัญหาที่เป็นผลจากการที่ต้องเข้ารับการรักษานี้ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา ไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทเดิมได้ ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นร่วมด้วยแล้ว จะมีผลเสียต่อสุขภาพหลายประการ เช่น การดำเนินของโรคที่เป็นอยู่เลวลง หรือรุนแรงยิ่งขึ้น ความสามารถของร่างกายยิ่งเสื่อมถอยเร็วยิ่งขึ้น การกลับคืนสู่สภาพปกติเป็นไปได้ช้า ต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น อัตราการกลับเป็นซ้ำสูงและคุณภาพชีวิตลดลง อีกทั้งยังเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมากด้วย<sup>7</sup> เนื่องจากบุคคลที่เกิดภาวะซึมเศร้าจะมีความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง ทั้งการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหาย การฟื้นฟูสภาพ การรับประทานยา เป็นต้น งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ<sup>7,8,2</sup> รายได้<sup>8</sup> สถานภาพสมรส<sup>9</sup> การเจ็บป่วยทางกาย<sup>10</sup> ยาที่ได้รับ<sup>11</sup> การขาดวิตามินบี 6 และบี 12<sup>12</sup> ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน<sup>13-15</sup> ความรุนแรงของความเจ็บป่วย<sup>9</sup> ระยะเวลาที่เจ็บป่วย<sup>9,10</sup> แรงสนับสนุนทางสังคม<sup>9,16-17</sup> การปฏิบัติทางศาสนา<sup>18</sup> ความสำเร็จตาม

เป้าหมาย<sup>19</sup> การรับรู้สมรรถนะตนเอง<sup>20</sup> และความรู้สึกหมดหนทาง<sup>21</sup>

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าแต่เป็นการศึกษาในสถานสงเคราะห์คนชราในชุมชน ในโรงพยาบาลจิตเวช แต่ยังไม่มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งจัดเป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุเข้ามาใช้บริการมากแห่งหนึ่ง อีกทั้งการศึกษาส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มักทำในกลุ่มประเทศตะวันตกซึ่งมีวัฒนธรรมและวิถีชีวิตต่างจากสังคมไทย ซึ่งการทราบถึงสภาพอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจะเป็นประโยชน์ในการประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลต่อไป ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยด้านสถานภาพสมรส เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ยาที่ได้รับ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยและการมีสัมพันธภาพกับครอบครัว

## วัสดุและวิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาด่วนในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป หอผู้ป่วยศัลยกรรมและหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม ของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ของไทย จำนวน 120 คน โดยคิดจากการใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างตามจำนวนตัวแปรเลือกสรร (number of variables) ของโคเฮน<sup>22</sup> ได้กลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษาจำนวน 120 คน จากหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ศัลยกรรมและนรีเวชกรรม หอผู้ป่วยละ 40 คน

ส่วนวิธีการเลือกผู้สูงอายุใช้วิธีการเลือกผู้สูงอายุแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งกำหนดคุณสมบัติของตัวอย่าง มีดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง 3) ไม่มี



ปัญหาในการติดต่อสื่อสาร เช่น การได้ยิน การพูด ภาษาไทย) การรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา สถานที่ปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ยาที่ได้รับที่อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ซิเมททีดีน (cimetidine) ไดอะซีแพรม (diazepam) เพททีดีน (pethidine) และเพรดนิโซโลน (prednisolone) แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ของสมพร<sup>23</sup> ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรงจาก 0-100 (linear analog scale) ผู้ที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่ามีการรับรู้ตนเองมีความรุนแรงของความเจ็บป่วยในระดับน้อย ส่วนผู้ที่ได้คะแนนสูงมีการรับรู้ตนเองมีความรุนแรงของความเจ็บป่วยในระดับมาก แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล (Bathel Index) เป็นฉบับที่ดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยทัศนีย์<sup>24</sup> ประกอบด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวัน 9 กิจกรรมซึ่งได้แก่ การเดิน การเคลื่อนย้าย การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน การอาบน้ำ เช็ดตัวด้วยตนเอง และสุขวิทยาส่วนบุคคลโดยตัดกิจกรรมการขึ้นลงบันไดออกไป เนื่องจากใช้ประเมินผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีคำถามทั้งหมด 9 ข้อ โดยมีคะแนนเต็ม 18 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำกว่า แบบวัดภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) ที่กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองพัฒนาขึ้นมา<sup>25</sup> เป็นแบบวัดที่น่าไปใช้ได้ง่าย เข้าใจง่าย ใช้เวลาสั้น มีความเที่ยงตรงสูงและมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของคนไทย แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุใน

โรงพยาบาลที่มีปัญหาด้านสุขภาพ จึงทำให้ข้อคำถามบางข้อมีความไม่เหมาะสม และเพื่อให้เครื่องมือในการวิจัยเหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้ จึงได้ดัดแปลงบางคำถามให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยเพิ่มเติมเนื้อหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในข้อคำถามเพื่อให้มีความเฉพาะกับกลุ่มที่ศึกษามากขึ้น ซึ่งมีข้อคำถามที่ถูกดัดแปลง 13 ข้อ เช่น ข้อ 1 เพิ่มคำถามว่ามีความพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ขณะอยู่ในโรงพยาบาล แบบวัดนี้ใช้สำหรับให้ผู้สูงอายุประเมินด้วยตนเอง (self-report) และ/หรือโดยการสัมภาษณ์ แบบประเมินภาวะซึมเศร้านี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 30 ข้อ แต่ละคำถามมีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบคือใช่และไม่ใช่ ในการประเมินค่าของคะแนนในแบบประเมิน ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน แล้วนับคะแนนในทุกข้อคำถามทั้ง 30 ข้อรวมกัน คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-30 คะแนนและแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกได้ 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) ดังนี้ ในสูงอายุปกติ คะแนน 0-12 คะแนน ผู้มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) คะแนน 13-18 คะแนน ผู้มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) คะแนน 19-24 คะแนน ผู้มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) คะแนน 25-30 คะแนน แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวของสมพร<sup>24</sup> ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นทางบวกทั้งหมด โดยคำตอบแต่ละคำถามมีให้เลือก 2 คำตอบ คือ ใช่และไม่ใช่ คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 14 คะแนน ค่าคะแนนสูงหมายถึงการมีสัมพันธภาพในครอบครัวดี ส่วนค่าคะแนนต่ำหมายถึงการมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีแบบประเมินทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ ทางผู้สูงอายุและทางจิตสังคม และทดสอบ



ความเที่ยงในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำค่าที่ได้คำนวณหาความเชื่อมั่น โดยแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.83 ส่วนแบบวัดภาวะซึมเศร้าและแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว หาคความเชื่อมั่นโดยคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 21 (Kuder-Richardson-21) ได้ค่าเท่ากับ 0.83 และ 0.93 ตามลำดับ

ทั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติร่วมกับการสังเกต ส่วนการประเมินภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟังแล้วให้ผู้ป่วยตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) ในการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรตาม สถานภาพสมรสเพศอายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การได้รับยาที่อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยและการมีสัมพันธภาพกับครอบครัวเป็นตัวแปรต้น โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

## ผล

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 120 คน เป็นเพศชาย 65 คน หญิง 55 คน คิดเป็นร้อยละ 54.2 และ 45.8 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ร้อยละ 58.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.1 มีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาในช่วง 1-4 ปี ร้อยละ 70 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาทลงไปที่แหล่งที่มาของรายได้มักจะได้จากบุตรหรือหลานคิดเป็นร้อยละ 62.5 มีความพอเพียง

ของรายได้ อยู่ในระดับพอใช้หรือเหลือใช้คิดเป็นร้อยละ 77.5 ผู้ดูแลใกล้ชิดในปัจจุบันเป็นบุตรหรือบุตรบุญธรรมคิดเป็นร้อยละ 51.7 จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีจำนวนอยู่ในช่วง 1-4 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 21.7 รองลงมาเป็นโรคระบบทางเดินหายใจร้อยละ 19.2 และไม่มีการได้รับยาที่มีผลข้างเคียงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 65 ส่วนที่ได้รับยาที่มีผลข้างเคียงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามีเพียงร้อยละ 35 เท่านั้น โดยได้รับยาไดอะซีแพม (Diazepam 5 mg) มากที่สุด

การศึกษาปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการมีสัมพันธภาพกับครอบครัว พบว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรค่าคะแนนของการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยการมีสัมพันธภาพกับครอบครัวและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำมากเมื่อเทียบกับช่วงคะแนนของแบบสอบถาม

สำหรับภาวะซึมเศร้า พบว่าค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ย 14.3 คะแนน เมื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามเกณฑ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.3 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนที่เกิดภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 61.7 ของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยแบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 37.5, 21.7 และ 2.5 ตามลำดับ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

ในวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ในสมการที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรตาม และมีสถานภาพสมรส เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ยาที่ได้รับ การรับรู้



ความรุนแรงของความเจ็บป่วยและการมีสัมพันธภาพกับครอบครัว เป็นตัวแปรต้น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การมีสัมพันธภาพกับครอบครัวการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยและระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.46, -.26, .36$  และ  $.17$  ตามลำดับ) โดยที่ตัวแปรดังกล่าวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 36 ( $R^2 = 0.364$ ) ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าสูงสุดคือร้อยละ 21 ในขณะที่การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การมีสัมพันธภาพกับครอบครัวและระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 6.3, 6 และ 3 ตามลำดับ

## วิจารณ์

ร้อยละ 61.7 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า โดยที่ร้อยละ 37.5 เป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 21.7 เป็นภาวะซึมเศร้าปานกลางและร้อยละ 2.5 เป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรง ตามลำดับ ซึ่งมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าของการศึกษาครั้งนี้ สะท้อนถึงแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะเกิดโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งการศึกษาของโคนิคและคณะ<sup>9</sup>เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไป ภายหลังเข้ารับการรักษานาน 48-96 ชั่วโมง พบว่าการเกิดภาวะซึมเศร้ามีประมาณร้อยละ 68.4

ผลการศึกษาครั้งนี้พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุน้อยกว่าการศึกษาของนันทิกอรรพธรณ และธงชัย<sup>26</sup> ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในชุมชน โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี พบว่า

อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มผู้สูงอายุทั้งสองแห่ง สูงถึงร้อยละ 82.3 ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะความแตกต่างในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าที่มีการใช้เกณฑ์ต่างกัน หรือลักษณะที่แตกต่างกันในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุกำลังเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและมีสัมพันธภาพกับครอบครัวในระดับค่อนข้างสูง

ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางผกผันกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ( $r = -.46$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยที่อธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 21 ( $R^2 = .21$ ) กล่าวคือ ผู้ที่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้มากมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีเหตุผลทางวิชาการที่สามารถอธิบายได้ว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันที่ลดลง จะมีผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ของตนเอง คือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความแข็งแรงของร่างกายและสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง อีกทั้งทำให้รู้สึกโกรธ เมื่อไม่ได้ตั้งใจ หรือไม่พึงพอใจและไม่ภาคภูมิใจในตนเองจากสมรรถภาพที่ลดลง จึงนำไปสู่ปัญหาด้านจิตใจได้โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ตรงกับที่อิวาน<sup>27</sup> กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าอาจจะพัฒนาขึ้นมาจากการตอบสนองต่อการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายเปลี่ยนไปจากเดิมอย่างรวดเร็วโดยที่ไม่ได้มีเวลาในการเตรียมตัวเตรียมใจที่จะยอมรับสภาพมาก่อน

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนการวิจัยของนักวิจัยหลายท่านที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล ที่มักพบว่าการบกพร่องในการทำกิจกรรมประจำวันมีสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ภาระจากความเจ็บป่วย<sup>13</sup> โดยเฉพาะในผู้ป่วยภายหลังการเกิดหลอดเลือดสมองแตก



จะพบภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรง โดยมีความสัมพันธ์กับการบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย<sup>28</sup> และภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการทำหน้าที่ในระดับต่ำหรือไม่ดี จะพบตั้งแต่เริ่มแรก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล<sup>14</sup>

สัมพันธ์ภาพกับครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางผกผันกับภาวะซึมเศร้าในระดับค่อนข้างต่ำ ( $r = -.26$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่อธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 6 ( $R^2 \text{ change} = .06$ ) แสดงว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวดี มีแนวโน้มที่จะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัวจัดเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลเผชิญกับปัญหาที่ตนต้องเข้าไปเกี่ยวข้องได้ดี<sup>29</sup> นับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยได้ เพราะการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัวจัดเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์ โดยที่ครอบครัวจัดเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด มีหน้าที่หลักคือให้ความรักและความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัวอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย<sup>30</sup> อีกทั้งจะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเชื่อว่ามีคนให้ความรัก ความเอาใจใส่ ยกย่องหรือเห็นคุณค่า รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม มีการติดต่อผูกพันซึ่งกันและกัน<sup>31</sup> จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุเกิดกำลังใจที่ดี มั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีเสถียรภาพมั่นคง สามารถยอมรับสภาพความเจ็บป่วยได้ โดยช่วยทำให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตตนเองยังคงมีสิ่งดีๆ อยู่มีคุณค่าสำหรับบุคคลอื่น และสามารถมีชีวิตอยู่กับสภาพหรือภาวะที่มีข้อจำกัดทางสุขภาพได้นอกจากนี้ยังช่วยให้มีการแก้ไขปัญหาทางจิตใจได้ดียิ่งขึ้น จึงเกิดพลังแรงจูงใจให้สามารถเผชิญอุปสรรคอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยได้ จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ โคนิกและคณะ<sup>9</sup> พบว่าปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามด้วยสถานะของโลก เรือธง ที่กำเริบบ่ออาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีพยาธิสภาพทางเสื่อมถอยลงตามลำดับ อาจมีผลทำให้ผู้ดูแล รู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดูแลได้ ซึ่งเมื่อใดที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับความรัก ไม่ได้รับความเอาใจใส่ ไม่ได้รับการยอมรับในบทบาทเดิม ขาดการปลอบโยนหรือผู้คอยให้กำลังใจ ขาดคนคอยปรับทุกข์หรือบอกความคับข้องใจต่างๆ จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเหงา อ้างว้าง ขาดที่พึ่ง รู้สึกคล้ายกับอยู่คนเดียวในโลก มีอาการเหม่อลอย ว้าวุ่น และซึมเศร้าได้ ทั้งนี้เป็นเพราะไม่สามารถปรับตัวเผชิญภาวะทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจนั่นเอง สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าการที่ผู้สูงอายุขาดแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์ที่ช่วยให้เกิดกำลังใจ จะเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า<sup>16,17, 32</sup> นั่นคือทำให้มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในระดับค่อนข้างต่ำ ( $r = .36$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยที่อธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าเป็นร้อยละ 6.3 ( $R^2 \text{ change} = .063$ ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมาก มีแนวโน้มที่จะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าบุคคลที่มีความรู้สึกถึงความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่มีความรุนแรง ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ไม่แน่ใจและไม่มั่นใจต่อสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นหรือสิ่งที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่รู้สึกว่าเหตุการณ์ในอนาคตเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของลีคอฟ เคลียร์ และเวสเทิล<sup>33</sup> พบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างการประเมินหรือการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนว่าอยู่ใน



สภาพที่แย่มากหรือไม่ดีกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุมากกว่าในวัยกลางคน และภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นสามารถใช้ทำนายการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีลักษณะ ไม่ดีในขั้นที่รุนแรง

ส่วนระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ ( $r = .17$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าเป็นร้อยละ 3 ( $R^2 \text{ change} = .03$ ) อธิบายได้ว่าการที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนาน จะยังทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและไม่มั่นใจว่าตนเองจะหายจากความเจ็บป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น ดังที่ กอบกุล<sup>34</sup> กล่าวว่า ระยะเวลาที่รักษาตัวนานขึ้นจะมีผลทำให้อัตมโนทัศน์มีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะเปลี่ยนแปลงในทางลบ จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด เพราะว่าผู้ที่มียัตมโนทัศน์ในทางลบหรืออ่อนแอจะเป็นผู้ที่ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มีการรับรู้ที่แคบและเบี่ยงเบนจากความเป็นจริง มักจะเป็นผู้ที่หวั่นไหวง่าย มีระดับความวิตกกังวลสูง และหมกมุ่นกับการป้องกันตนเอง เนื่องจากมีความรู้สึกว่าคุณถูกคุกคามได้ง่ายจึงปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ยาก สอดคล้องกับการศึกษาของทศพร<sup>35</sup> พบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคร่วมกับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานในผู้ป่วยเรื้อรัง จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ในการวางแผนชีวิตตนเองและครอบครัว นำไปสู่การขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติดูแลตนเอง และส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ โคนิกและคณะ<sup>9</sup> พบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับปัจจัยด้านสถานภาพสมรสเพศอายุ รายได้ ระดับการศึกษาและยาที่ได้รับ เช่น ไดอะซีเพรม และเพรดนิโซโลน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยเหล่านี้ ทั้งนี้เนื่องจาก

ผู้สูงอายุไทยมีชีวิตความเป็นอยู่ที่เรียบง่าย จึงรู้สึกพึงพอใจแม้จะมีเงินใช้จ่ายน้อยและมีสวัสดิการจากรัฐบาลช่วยเหลือหนุนในการรักษาฟรี อีกทั้งการที่สังคมไทยมีลักษณะสำคัญคือ การมีความกตัญญูตอบแทนผู้มีพระคุณ การเคารพ ทำให้มีบุตรหลานมาคอยดูแล โดยเฉพาะยามเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ครอบครัวคอยสนับสนุนด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นคงมีความหวัง กำลังใจ ไม่รู้สึกเป็นภาระผู้อื่น สำหรับปัจจัยเรื่องระดับการศึกษาที่ไม่มีความหลากหลาย จึงทำให้มีการนำแหล่งประโยชน์มาช่วยในการเผชิญปัญหาได้ไม่แตกต่างกัน

### ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เลือกสรรกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ากลุ่มเป้าหมายที่ศึกษามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 61.7 และพบว่ามีเพียงตัวแปรด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพกับครอบครัว และระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้นที่ร่วมกันทำนายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 36 ดังนั้นงานบริการพยาบาล ควรมีการค้นหาผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อหาทางป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้ที่ควรได้รับความสนใจมากเป็นพิเศษ คือผู้ที่รับรู้ความเจ็บป่วยว่ารุนแรง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน เป็นผู้มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันน้อย และมีสัมพันธภาพกับครอบครัวไม่ดี โดยพยาบาลควรช่วยส่งเสริมการมีสัมพันธภาพกับครอบครัวโดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ได้มีโอกาสได้เข้าเยี่ยมพูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่เริ่มแรกที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล อีกทั้งอธิบายให้ญาติเข้าใจและ



ตระหนักถึงความสำคัญของการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว โดยเฉพาะหลังจำหน่ายกลับบ้าน ยังต้องการความสัมพันธ์อันดีระหว่างครอบครัวเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนสำคัญ มีคุณค่าสำหรับคนในครอบครัว ทำให้จิตใจเข้มแข็ง มีกำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วยมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้พยาบาลหรือผู้ให้บริการทางสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันมากที่สุดตามศักยภาพของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกพึ่งพาคนอื่นน้อยลง นอกจากนี้ควรจัดรูปแบบกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยในแต่ละโรค ให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุโดยกระทำอย่างรวดเร็วที่สุด ตั้งแต่ระยะแรกที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมเพื่อลดความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยเฉพาะในกิจวัตรประจำวันให้น้อยลง

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดด้านเครื่องมือ วิธีการเก็บข้อมูลดังนั้นจึงควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลโดยการศึกษาติดตามตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายเพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และมีการศึกษาถึงรายละเอียดของการมีสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นประโยชน์ในการคิดหารูปแบบการส่งเสริมการมีสัมพันธภาพกับครอบครัวต่อไป นอกจากนี้ควรจะมีการนำเครื่องมือการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยไปใช้ในการศึกษาต่อไป เพื่อจะได้มีการทดสอบหาค่าความเที่ยง อีกทั้งน่าจะมีการพัฒนาเครื่องมือที่มีความละเอียดต่อการวัดและมีความเป็นปรนัยมากกว่านี้ และควรมีการประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่เป็นปรนัยด้วย

#### เอกสารอ้างอิง

1. Eliopoulos C. Geriatric nursing. London: Haper & Row Publisher; 1993.

2. Kranch P. Assessment of depressed older persons living in a home setting. Home Healthc Nurse 1995;13:61-64.
3. สถิติของโรงพยาบาลสงขลา. รายงานสรุปยอดผู้ป่วยประจำปี 2541 ของโรงพยาบาลสงขลา. เอกสารอัดสำเนา; 2541.
4. Valente SM. Recognizing depression in elderly patients. Am J Nurs 1994;94:18-25.
5. Gomez GE, Gomez EA. Depression in the elderly. J Psychosoc Nurs 1993;31:28-33.
6. Hagerty BM. Advances in understanding major depressive disorder. J Psychosoc Nurs 1995;33:27-34.
7. Colenda CC, Smith SL. Multivariate modeling of anxiety and depression in community-dwelling elderly persons. Am J Geriatr Psychiatry 1993;1:327-38.
8. Blazer D, Burchett B, Service C, Georag LK. The Association of age and depression among the elderly: An epidemiologic exploration. J Gerontol 1991;46:210-215.
9. Koenig HG, O, Connor CM, Guariso SA, Zebel KM, Ford SM. Depressive disorder in older medical inpatients on general medicine and cardiology services at a university teaching hospital. Am J Geriatr Psychiatry 1993;1:197-210.
10. กนกรัตน์ สุขตุงคะ สุชีลา ภักทรายุทธอรตน์ มงคล หลีกคำ จริยา จันตระ และวิลาสินี ชัยสิทธิ์. ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบทและชุมชนเมืองสารศิริราช 2542;51:232-43.
11. Kendy GI, Kelman HR, Thomas C. Persistence and remission of depressive symptoms in late life. Am J Psychiatry 1991;148:174-8.
12. Kinzie JD, Lewinson P, Marile R. The relationship of depression to medical illness in an older community. Compr Psychiatry 1986;27:241-6.
13. Bell JR, Edman, IS, Marow, FD. B complex vitamin patterns in geriatric and young adult inpatients with major depression. J Am Geriatr Soc 1991;39:253-7.
14. Alexopoulos GS, Vrontou C, Kakuma T, Meyers B, Young, R, Klausner E, et al. Disability in geriatric depression. Am J Psychiatry 1996;153:877-85.
15. Dunham NC, Sager MA. Functional status, symptoms of depression and the outcomes of hospitalization in community-dwelling elderly patients. Arch Fam Med 1994;3:676-81.



16. Oxman TE, Hull TG. Social support depression, and activities of daily living in older heart surgery patients. *J Gerontol* 1997;52:1-14.
17. Dean A, Kolody B, Wood P. Effect of social support from various sources on depression in elderly persons. *J Health Soc Behav* 1990;31:148-61.
18. Pressman P, Lyons JS, Larson DB, Strain J.J. Religious belief, depression and ambulation status in elderly women with broken hips. *Am J Psychiatry* 1990;147:758-60.
19. Reed PG. Developmental resources and depression in the elderly. *Nurs Res* 1986;35:365-74.
20. Holahan CK, Halahan CJ. Self efficacy, social support, and depression in aging: A longitudinal analysis. *J Gerontol* 1987;42:65-68.
21. Barder L, Slimmer L, Lesage J. Depression and issues of control among elderly people in health care settings. *J Adv Nurs* 1994;20:597-604.
22. Polit, DF. Data analysis and statistics. Stamford: A Simon & Schester Company; 1996.
23. สมพร รัตนพันธ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญานของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่] สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2541.
24. ทศนีย์ รัชยา. การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวันตำบลริมเหนือ อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณศาสตรมหาบัณฑิต] เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2537.
25. นิพนธ์ พวงวรินทร์. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. *สารศิริราช* 2537;46:1-9.
26. นันทิกา ทวิชาดี, อรพรรณ เมฆสุกะและธงชัย ทวิชาดี. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2533;35:195-203.
27. Alexopoulos GS. Late-onset depression. *Psychiatr Clin North Am* 1988;11:101-15.
28. Diamond PT, Holroyd S, Maccioechi SN, Felsenthal G. Prevalence of depression and out come on the geriatric rehabilitation unit. *Am J Physiol Med Rehabil* 1995; 74: 214-17.
29. Aguilera CD. Crisis intervention: Theory and methodology. 7<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 1994.
30. Friedman MM. Family nursing: Theory and assessment. New York: Appleton-Century Crafts; 1986. Cobb S. Social support as a moderation of life stress. *Psychosomc Med* 1976; 38:300-14.
32. Oxman TE, Berkman LF, Kasl S, Freeman DHJR, Barret J. Social support and depressive symptoms in the elderly. *Am J Epidemiol* 1992;135:356-68.
33. Leakoff SE, Cleary PD, Wetle T. Differences in the appraisal of health between aged and middle aged adults. *JGerontol* 1987;42(1):114-20.
34. กอบกุล พันธเจริญวรกุล. การเปลี่ยนแปลง อัดมโนทัศน์: มโนคติ การประเมินและการพยาบาล. ในการประชุมวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 1 เรื่องมโนคติในการพยาบาลแบบองค์รวม. คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531:77-109.
35. ทศพร พัฒนนิรมาน. ความสัมพันธ์ระหว่างอัดมโนทัศน์กับความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2532.