

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา*

Factors Related to Depression in Older Adults Living in Nursing Home*

พิมพ์รัตน์ โทกุล, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)¹

Pimrat Tokun, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)¹

โสภิต แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing)²

พัชรินทร์ นินทจันทร์, Ph.D. (Nursing)³

Sopin Sangon, Ph.D. (Nursing)²

Patcharin Nintachan, Ph.D. (Nursing)³

Received: July 15, 2020 Revised: October 23, 2020 Accepted: November 10, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึก เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 100 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบคัดกรองหมวดหมู่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมิน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ดัชนีบาร์เทิล ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น .74 แบบประเมินความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .63 แบบสอบถามความรู้สึก หลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .74 และแบบวัดความซึมเศร้า

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ Master's Thesis of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

² มหบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ Master, Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University: Major Advisor

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: sopin.san@mahidol.edu

³ รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Associate Professor, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University: Co-advisor

ในผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น .83 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r_s = -.200, p < .05$) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ($r_s = -.702, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r_s = -.460, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ควรจัดกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มการรับรู้ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และให้การสนับสนุนทางสังคมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

Abstract

This descriptive correlational research aimed to investigate relationships of age, duration of stay in nursing home, activity of daily living, sense of belonging, and social support with depression of older adults. The participants consisted of 100 older adults living in government nursing home in the eastern of Thailand. The research instruments comprised the Set Test, the personal data questionnaire, Barthel Activity of Daily Living Index: Thai version with the reliability of .74, the Sense of Belonging Instrument, Psychological with the reliability of .63, Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support Thai version with the reliability of .74, and Thai Geriatric Depression Scale: Short version with the reliability of .83. Data were collected from February to March, 2018. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman rank correlation.

The research results revealed that the factors that negatively statistically significant related to depression in older adults were activity of daily living ($r_s = -.200, p < .05$), sense of belonging ($r_s = -.702, p < .001$), and social support ($r_s = -.460, p < .001$).

This research suggests that personnel who care for older adults living in nursing home should provide activities that promote sense of belonging as well as give social support according to the needs of older adults.

Keywords: Depression, Older adults in nursing home

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยที่สุด (Zammit & Fiorini, 2015) โดยพบได้ร้อยละ 7 ของประชากรผู้สูงอายุทั่วไป (World Health Organization [WHO], 2017) ในประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทย ในส่วนความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า กลุ่มอายุระหว่าง 60–69 ปี พบร้อยละ 5.90 กลุ่มอายุระหว่าง 70–79 ปี พบร้อยละ 6.60 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 4.80 (วิชัย เอกพลากร, 2557) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา มีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราสูงถึงร้อยละ 30–48 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 8.10 และระดับเล็กน้อยร้อยละ 14.10 ส่วนในประเทศไทย มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ทั้งในภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7.10–45.90 (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556; ศิริรำไพ สุวัฒน์คุปต์, 2555) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราพบค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน ทั้งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุเอง ต่อผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่ และต่อสังคมและประเทศชาติ (Zivin, Wharton, & Rostant, 2013)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผลกระทบด้านร่างกายพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (Lin, Wang, & Huang, 2007) และผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยทางกายและมีภาวะซึมเศร้าวร่วมด้วยจะทำให้การพยากรณ์ของ

ภาวะซึมเศร้าแย่ลง (Llewellyn-Jones & Snowdon, 2007) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีคุณค่าในตนเองต่ำ และมีความหวาดหวั่นสูง (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556) และมีความคิดฆ่าตัวตาย (Malfent, Wondrak, Kapusta, & Sonneck, 2010) สำหรับผลกระทบต่อผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่พบว่า ผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์คนชราเกิดความรู้สึกลัวว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราเป็นภาระ (Majerovitz, 2007) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ โดยพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการมีชีวิตอยู่ด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) ร้อยละ 5.70 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (WHO, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในประเทศสหรัฐอเมริกา มีค่าใช้จ่ายสูงมากติดอันดับ 1 ใน 10 ของประเทศเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านการเจ็บป่วยทางกาย และเป็นภาระในการสูญเสียค่ารักษาเพิ่มมากกว่าด้านอื่น ๆ ถึงร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพโดยรวมของประเทศทั้งหมด (Zivin et al., 2013)

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้สังคมและรูปแบบการอยู่อาศัยของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งและอยู่ตามลำพังมากขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558) และแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะเข้ามาอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราเพิ่มมากขึ้น การเข้ามาพักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ของผู้สูงอายุจึงอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา จึงเป็นการศึกษา

ที่จะทำให้ได้องค์ความรู้ที่จะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริม ป้องกัน และรักษาภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้น ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในสถานสงเคราะห์คนชรา

จากการทบทวนงานวิจัย ปัจจัยที่เลือกศึกษา ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม พบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา และยังพบว่า ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม (sense of belonging) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Bailey & McLaren, 2005) และมีอิทธิพลต่อความว่าเหวในผู้สูงอายุ (สมหมาย กุมพันธ์, 2558) แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งปัจจัยนี้อธิบายถึงความรู้สึกผูกพันกับสถานที่อยู่อาศัยและความสัมพันธ์ของบุคคลในกลุ่มหรือสังคมนั้นๆ ที่อาศัยอยู่ร่วมกันมานาน (Hagerty & Williams, 1999) ซึ่งหากผู้สูงอายุสามารถปรับตัว ยอมรับ และเข้าใจก็จะสามารถอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราได้อย่างมีความสุข แต่หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ อาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจและพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลจิตเวชหรือนุเคราะห์ที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

สมมติฐานการวิจัย

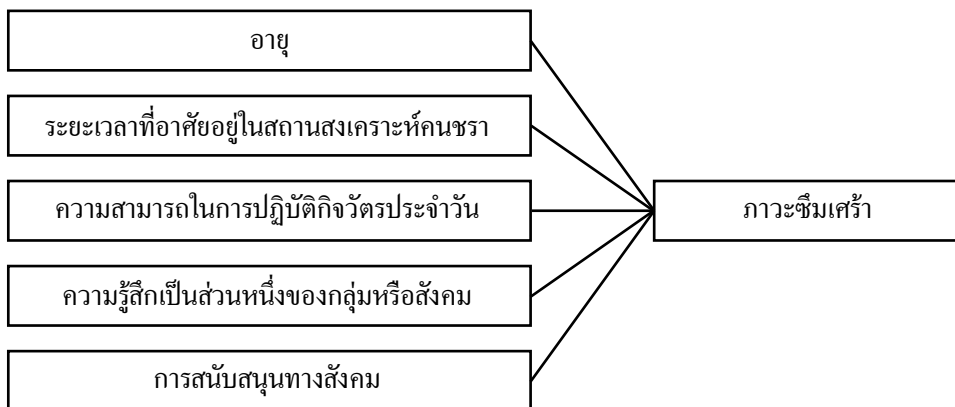
อายุ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ผู้วิจัยศึกษาโดยเลือกตัวแปรต้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น มีความเสื่อมของร่างกายมากขึ้น ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (เนตรนภา จัตุรงค์แสง, 2540) ส่วนระยะเวลาที่อาศัย

อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ในระยะแรกผู้สูงอายุ ต้องปรับตัวกับสถานที่ใหม่ หากไม่สามารถปรับตัวได้ แยกตัวจากสังคม อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นานกว่า ซึ่งสามารถปรับตัวได้แล้ว (นิภาพร พุ่มซ้อน และสุธิดา สิงหุต, 2552; Lin et al., 2007; Tu, Lai, Shin, Chang, & Li, 2012) สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง อาจเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่า เป็นภาระของผู้อื่น และพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (อัมภัสษา พานิชชอบ, 2546) และผู้สูงอายุที่รู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือ

สังคม ไม่เป็นที่ยอมรับ ไม่มีความผูกพันกับเพื่อนหรือถิ่นที่อยู่ ทำให้รู้สึกว่าเหว (สมหมาย กุมพันธ์, 2558) รู้สึกไม่มีคุณค่า อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Bailey & McLaren, 2005) อีกทั้งผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณค่าไม่ได้ได้รับการช่วยเหลืออย่างเพียงพอจากสังคม เช่น ด้านร่างกาย ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน อาจรู้สึกไม่พอใจ แยกตัวจากสังคม รู้สึกว่าเหว และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (สมใจ โชติชนพันธ์, 2550; Lin et al., 2007; Tsai, Yeh, & Tsai, 2005; Yeung, Kwok, & Chung, 2012) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐในภาคตะวันออกเฉียง (มีจำนวน 2 แห่ง) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมิน

โดยใช้แบบคัดกรองหมวดหมู่ (The Set Test) 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ Cohen (1988) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 จากนั้นคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 82 คน และเพื่อเป็นการทดแทน

ในกรณีที่เป็นแบบสอบถาม แบบประเมิน หรือแบบวัด ไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้จำนวน กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 100 คน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบ เจาะจงตามสัดส่วนของประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบคัดกรองหมวดหมู่ (the Set Test) พัฒนาโดย Isaacs and Kennie (1973) ใช้ สำหรับคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามความจำใน 4 หมวดหมู่ ได้แก่ สัตว์ ผลไม้ และเมือง (จังหวัดหรืออำเภอ) โดยแต่ละหมวดหมู่ ผู้ตอบสามารถตอบได้สูงสุด 10 ข้อ ให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน คะแนนรวม 40 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน หากได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน แสดงว่าไม่มีภาวะ สมองเสื่อม

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัย สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา รายได้ ปัจจุบันต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอ ของรายได้ โรคประจำตัว สาเหตุที่เข้ารับบริการ ในสถานสงเคราะห์คนชรา ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ใน สถานสงเคราะห์คนชรา จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยม (ในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา) การเข้าร่วมกิจกรรม ในสถานสงเคราะห์คนชรา (ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ ผ่านมา) และกิจกรรมที่เข้าร่วม จำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ชุดที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ดัชนิบาร์เทล ฉบับภาษาไทย (Barthel Activity of Daily Living Index [BADL]: Thai version) พัฒนาโดย Mahoney and Barthel ปี ค.ศ. 1965 แปลเป็นภาษาไทย โดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) แบ่งออกเป็น 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว

การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุม การขับถ่ายปัสสาวะ และการควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 2 ระดับ (จำนวน 2 ข้อ) 3 ระดับ (จำนวน 6 ข้อ) และ 4 ระดับ (จำนวน 2 ข้อ) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน ส่วนเกณฑ์ การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใน ระดับต่ำ (0-8 คะแนน) ในระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) และในระดับปกติ (12-20 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม (the Sense of Belonging Instrument, Psychological [SOBI-PI]) พัฒนา โดย Hagerty and Patuskay ปี ค.ศ. 1995 แปล เป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยโสภิต แสงอ่อน (Sangon, 2001) จำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 1 ข้อ และข้อคำถาม ทางลบ จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของ ข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างมาก ส่วน ข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 16-64 คะแนน สำหรับการแปล ผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความรู้สึก เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมต่ำ และคะแนน รวมมาก หมายถึง มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของ กลุ่มหรือสังคมสูง

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกหลายมิติ เกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support Thai version [Thai-MSPSS]) พัฒนาโดย Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley ปี ค.ศ. 1988 แปลเป็นภาษาไทย โดยทินกร วงศ์ปการันย์, ณพทัย วงศ์ปการันย์, และ

รักษ์ รักษัตระกุล (Wongpakaran, Wongpakaran, & Ruktrakul, 2011) จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 1-7 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ไม่เห็นด้วยค่อนข้างไม่เห็นด้วย เฉยๆ ค่อนข้างเห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างมาก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 12-84 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง

ชุดที่ 6 แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression Scale: Short version [TGDS-15]) พัฒนาโดย Yesavage ปี ค.ศ. 1986 แปลเป็นภาษาไทยโดย ฌนทัย วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์, และโรเบิร์ต แวนรีคัม (Wongpakaran, Wongpakaran, & Reekum, 2013) เป็นการประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกจำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 2 ระดับ จากคะแนน 0-1 ของข้อคำถามทางบวก คือ ไม่ใช่ และใช่ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-4 คะแนน) เริ่มมีภาวะซึมเศร้า (5-7 คะแนน) และเป็นโรคซึมเศร้า (11-15 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ดัชนีบาร์เทล ฉบับภาษาไทย แบบประเมินความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม แบบสอบถามความรู้สึกหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม และแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย 15 ข้อ ไปทดลองใช้กับ

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา 2 แห่ง ในจังหวัดจันทบุรีและจังหวัดชลบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .74, .63, .74 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรอง เลขที่ 10-60-15 ย วันที่ 19 ธันวาคม 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายกเทศมนตรีเมืองจันทบุรี (องค์กรปกครองส่วนจังหวัดจันทบุรี) และอธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ เข้าพบผู้อำนวยการสถานสงเคราะห์คนชราทั้ง 2 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่สถานสงเคราะห์คนชรา แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม แบบประเมิน และแบบวัด โดยใช้เวลา 30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ข้อมูลความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม

และข้อมูลภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64 มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46 โดยมีอายุเฉลี่ย 76.05 ปี ($SD = 6.95$) มีสถานภาพสมรสฝ่าย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47 จำนวนบุตรอยู่ในช่วง 1-5 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57 ส่วนใหญ่มีรายได้ปัจจุบันต่อเดือนต่ำกว่า 500 บาท คิดเป็นร้อยละ 79 โดยมีรายได้ปัจจุบันต่อเดือนเฉลี่ย 562 บาท ($SD = 653.94$) แหล่งที่มาของรายได้ คือ เงินบริจาคนำให้สถานสงเคราะห์คนชรา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 85 มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 89 สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชรา คือ องค์กรบริหารส่วนตำบลนำส่ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39 มีระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราอยู่ในช่วงมากกว่า 1 ปี- 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39 โดยมีระยะเวลาที่อาศัยอยู่เฉลี่ย 6.19 ปี ($SD = 65.12$) ไม่เคยมีญาติมาเยี่ยมเลยในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46 โดยมีจำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยมเฉลี่ย 1.23 ครั้ง ($SD = 1.80$) ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 66 และกิจกรรมที่เข้าร่วมส่วนใหญ่ คือ

กิจกรรมทางศาสนา (ทำวัตร/ทำบุญ/ตักบาตร/นั่งสมาธิ) คิดเป็นร้อยละ 80

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 18.91 ($SD = 3.41$) เมื่อจำแนกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 93 รองลงมา คือ ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 5 ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมเท่ากับ 41.57 ($SD = 6.22$) และผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 36.82 ($SD = 16.69$)

3. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 5.28 ($SD = 3.85$) เมื่อจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52 รองลงมา คือ เริ่มมีภาวะซึมเศร้า และเป็นโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 32 และ 16 ตามลำดับ

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r_s = -.200, p < .05$) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ($r_s = -.702, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r_s = -.460, p < .001$) ส่วนอายุ และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (n = 100)

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า	
	r_s	p
อายุ	-.102	.311
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา	-.092	.362
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-.200	.046
ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม	-.702	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	-.460	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปกติ (ร้อยละ 93) จึงมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองด้านต่างๆ ได้ดี เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การเคลื่อนไหว ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูง จะมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ อีกทั้งในวัยสูงอายุ แม้ว่าความสามารถด้านอื่นๆ จะลดลง แต่ความสามารถที่ยังคงอยู่ คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556; ศิริราไพ สุวัฒน์คุปต์, 2555; Tsai et al., 2005; Tu et al., 2012; Yeung, et al., 2012) ดังนั้น

เจ้าหน้าที่หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญและเห็นคุณค่าของความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันได้ของผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นอิสระของตนเอง (autonomy) ความสามารถเลือกกระทำโดยตนเอง และควรมีศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ (WHO, 2017) อันจะนำไปสู่การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมเป็นประสบการณ์การอาศัยอยู่ร่วมกันระหว่างบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมในกลุ่มหรือสังคมนั้น เป็นความรู้สึกที่รับรู้ว่าตนเองมีความสำคัญในกลุ่มหรือสังคม มีความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลในกลุ่มหรือสังคม ทำให้ผู้สูงอายู้สึกถึงความรัก ความผูกพัน และความปลอดภัยในการดำรงชีวิต (ผจงจิต ไกรถาวร และนพวรรณ เปียชื้อ, 2556; Hagerty, Lynch-Sauer, Patusky, Bouwsema, & Collier, 1992) ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ว่า หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นได้ จะทำให้อาจส่งผลกระทบต่อปัญหา

ทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าได้ (รสพร เพียรรุ่งเรือง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2558) ซึ่งผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ (ร้อยละ 66) ทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น และมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมสูง มีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (ผจงจิต ไกรถาวร และนพวรรณ เปี้ยชื้อ, 2556) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ปลดเกษียณ (Bailey & McLaren, 2005)

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นพฤติกรรมช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของแต่ละบุคคล หรือการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลอย่างน้อย 2 คน ซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือจากบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ โดยเป็นการช่วยเหลือหลากหลายด้าน เช่น การเงิน แรงงาน การทำกิจกรรม ข่าวสารต่างๆ หรือ การที่บุคคลได้รับการยอมรับจากบุคคลหรือสังคม ทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม (House, Umberson, & Landis, 1988; Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความบกพร่องสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่ว่า การขาดทักษะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลหรือทักษะทางสังคม ทำให้เกิดปัญหาการขาดการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าได้ (รสพร เพียรรุ่งเรือง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2558) ซึ่งผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้อาจรับรู้ถึงการช่วยเหลือจากบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ ว่าไม่เพียงพอ

และการช่วยเหลืออาจไม่ตรงกับความต้องการของตน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งการที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองต่ำจะมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (สมใจ โชติชนพันธ์ุ, 2550; Lin et al., 2007; Tsai et al., 2005; Tu et al., 2012; Yeung et al., 2012)

ผลการวิจัยพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ปัจจุบัน แนวโน้มผู้สูงอายุไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่เนื่องจากวิวัฒนาการด้านสาธารณสุขที่ดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวทางในการดูแลตนเองให้สุขภาพร่างกายและจิตใจดี และจากประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาทำให้สามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น ทำให้ไม่เกิดปัญหาด้านจิตใจ (Eliopoulos, 2010) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556; Tsai et al., 2005; Yeung et al., 2012) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (Tu et al., 2012)

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้มีระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราเฉลี่ย 6.19 ปี ซึ่งอาจทำให้รู้สึกคุ้นเคยกับสถานที่และบุคคลในสถานสงเคราะห์คนชรา ดังจะเห็นได้จากการศึกษาที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมที่สถานสงเคราะห์คนชรา

จัดให้ แสดงถึงการยังคงมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคมที่อาศัยอยู่ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ว่า การที่บุคคลเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสม่ำเสมอจะช่วยสร้างสัมพันธภาพใหม่ ๆ หรือรักษาสัมพันธภาพเดิมที่มีอยู่ (รสพร เพียรรุ่งเรือง และพีรพนธ์ ลีอนุญชวรัชชัย, 2558) ทำให้ผู้สูงอายุไม่เกิดการแยกตัวจากสังคม ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือสิ้นหวัง และไม่มีภาวะซึมเศร้า (สมใจ โชติชนพันธุ์, 2550; Tiong, Yap, Huat Koh, Phoon, & Luo, 2013) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ (สมใจ โชติชนพันธุ์, 2550; Lin et al., 2007) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (Tu et al., 2012)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราควรจัดกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มการรับรู้ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ให้การสนับสนุนทางสังคมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งตรวจคัดกรองและติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ รวมทั้งอายุ และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยศึกษาในแต่ละเขตภูมิภาค เนื่องจากอาจมีบริบทและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

เอกสารอ้างอิง

- ธัญพร พรหมจันทร์. (2556). *ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิภาพร พุ่มซ้อน, และสุธิดา สิงหสุต. (2552). *วิถีชีวิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2* (สารนิพนธ์ปริญญาบัณฑิต). เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- เนตรนภา จัตรงค์แสง. (2540). *การเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์และความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ภายในและภายนอกสถานสงเคราะห์คนชรา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผจงจิต ไกรถาวร, และนพวรรณ เปี้ยเชื้อ. (2556). *ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนและการรับรู้สภาพสิ่งแวดล้อมละแวกบ้านของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร. ราชบัณฑิตยบาลสาร, 19(1), 143-156.*
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- รสพร เพียรรุ่งเรือง, และพีรพนธ์ ลีอนุญชวรัชชัย. (2558). *ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพิษณุโลก. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 60(1), 23-34.*

- วิชัย เอกพลากร. (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริราไพ สุวัฒนคุปต์. (2555). *การศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเองและผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมหมาย กุมพันธ์. (2558). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความไว้วางใจในผู้สูงอายุ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมใจ โชติชนพันธ์. (2550). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค* (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมภัสชา พานิชชอบ. (2546). *การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Bailey, M., & McLaren, S. (2005). Physical activity alone and with others as predictors of sense of belonging and mental health in retirees. *Aging & Mental Health*, 9(1), 82-90.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Eliopoulos, C. (2010). *Gerontological nursing* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Hagerty, B. M., Lynch-Sauer, J., Patusky, K. L., Bouwsema, M., & Collier, P. (1992). Sense of belonging: A vital mental health concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(3), 172-177.
- Hagerty, B. M., & Williams, R. A. (1999). The effects of sense of belonging, social support, conflict, and loneliness on depression. *Nursing Research*, 48(4), 215-219.
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14(1), 293-318.
- Isaacs, B., & Kennie, A. T. (1973). The set test as an aid to the detection of dementia in old people. *British Journal of Psychiatry*, 123(575), 467-470.
- Lin, P. C., Wang, H. H., & Huang, H. T. (2007). Depressive symptoms among older residents at nursing homes in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1719-1725.

- Llewellyn-Jones, R. H., & Snowden, J. A. (2007). Depression in nursing homes: Ensuring adequate treatment. *CNS Drugs, 21*(8), 627–640.
- Majerovitz, S. D. (2007). Predictors of burden and depression among nursing home family caregivers. *Aging & Mental Health, 11*(3), 323–329.
- Malfent, D., Wondrak, T., Kapusta, N. D., & Sonneck, G. (2010). Suicidal ideation and its correlates among elderly in residential care homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 25*(8), 843–849.
- Sangon, S. (2001). *Predictor of depression in Thai women* (Doctoral dissertation). Ann Arbor: University of Michigan.
- Tiong, W. W., Yap, P., Huat Koh, G. C., Phoon, F. N., & Luo, N. (2013). Prevalence and risk factors of depression in the elderly nursing home residents in Singapore. *Aging & Mental Health, 17*(6), 724–731.
- Tsai, Y. F., Yeh, S. H., & Tsai, H. H. (2005). Prevalence and risk factors for depressive symptoms among community-dwelling elders in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*(11), 1097–1102.
- Tu, Y. Y., Lai, Y. L., Shin, S. C., Chang, H. J., & Li, L. (2012). Factors associated with depressive mood in the elderly residing at the long-term care facilities. *International Journal of Gerontology, 6*(1), 5–10.
- Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., & Reekum, R. V. (2013). The use of GDS-15 in detecting MDD: A comparison between residents in a Thai long-term care home and geriatric outpatients. *Journal of Clinical Medicine Research, 5*(2), 101–111.
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai Version. *Clinical Practice Epidemiology in Mental Health, 7*(1), 161–166.
- World Health Organization. (2017). *Mental health and older adults*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>
- Yeung, D. Y., Kwok, S. Y., & Chung, A. (2012). Institutional peer support mediates the impact of physical declines on depressive symptoms of nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing, 69*(4), 875–885.
- Zammit, P., & Fiorini, A. (2015). Depressive illness in institutionalised older people in Malta. *Malta Medical Journal, 27*(3), 22–25.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30–41.

Zivin, K., Wharton, T., & Rostant, O. (2013). The economic, public health and caregiver burden of late-life depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 36(4), 631–649.
