

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โสภณ แสงอ่อน* Ph.D. (Nursing)

พรเพ็ญ สำเภา** พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

พรทิพย์ มาลาธรรม*** Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีทางจิตสังคมของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชัยนาท จำนวน 96 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 8 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบทดสอบหมวดหมู่ (the Set Test) 3) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ดัชนีบาร์ทेल) 4) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน (ดัชนีจู่หา) 5) แบบสัมภาษณ์การมีปัญหสุขภาพ 6) แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว 7) แบบวัดความว่าเหว และ 8) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 37.5 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง 2) จำนวนปัญหาสุขภาพและความว่าเหว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า 3) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และ 4) จำนวนปัญหาสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว และความว่าเหว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 61 ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมไม่สามารถทำนายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

ผลการศึกษาในครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลควรที่จะตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญกับการป้องกันความว่าเหว การป้องกันปัญหาสุขภาพที่สามารถจัดการได้ และการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหว

*อาจารย์ งานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ งานการพยาบาลอายุรศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย และมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตในผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2532) โดยพบประมาณร้อยละ 20-40 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (Valente, 1994) และประมาณร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (ศรีวรรณ ตันศิริ, 2535) ในประเทศไทย บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2532) ได้ศึกษาถึงอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบททั่วประเทศ จำนวน 1,574 คน พบว่าร้อยละ 16.5 ของผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าและ กนกรัตน์ สุชะตุงคะ และคณะ (2542) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุใน 3 จังหวัด ได้แก่กรุงเทพฯ 370 คน ระยอง 363 คน และบุรีรัมย์ 319 คน พบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.1, 17.1, และ 19.4 ตามลำดับ ภาวะซึมเศร้านำไปสู่การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ เนื่องจากเมื่ออยู่ในภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุจะรู้สึกจิตใจหม่นหมอง หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง และมองโลกในแง่ร้าย (สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย, 2536; ศรีวรรณ ตันศิริ, 2535) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุมีการฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มอื่นและส่วนใหญ่มีสาเหตุเนื่องมาจากภาวะซึมเศร้า (Brant & Osgood, 1990) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังนำไปสู่การพยากรณ์โรคทางกายเลวลงในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพทางกาย หรือนำไปสู่การดูแลตนเองได้น้อยลงและเจ็บป่วยทางกายมากขึ้นในผู้สูงอายุที่ยังไม่มีปัญหาสุขภาพทางกาย

การศึกษาวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น ส่วนใหญ่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าใน

ผู้สูงอายุ เช่น เพศ (กมลีน สาตรา, 2531; Blazer, Burchett, Service, & George, 1991; Valente, 1994) อายุ (กนกรัตน์ สุชะตุงคะ และคณะ, 2542; Blazer et al., 1991) รายได้ (Blazer et al., 1991) สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยทางกาย (ชิตเจน จันทรพัฒน์, 2543; สุวรรณ มีมหากายนันท์, 2538; Phifer & Merrel, 1986 อ้างถึงใน Steiner & Marcopulos, 1991) ภาวะโภชนาการ (วรรณ รุ่งวนิชชา, 2535; อรุณี นาคะพงศ์, 2539) และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545) ซึ่งทำให้เข้าใจปรากฏการณ์ได้เพียงระดับหนึ่งเท่านั้น แต่จากทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหรือจากสถานการณ์ต่างๆ ในปัจจุบันพบว่าปัจจัยทางจิตสังคม ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญที่น่าจะสามารถร่วมอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (นันทิกา ทวีชาติ และคณะ, 2533; Zerhusen, Boyle, & Wilson, 1991)

ทฤษฎีทางจิตสังคม กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุน่าจะเป็นผลมาจากสภาวะแวดล้อมหรือสังคมของผู้สูงอายุ (จรงค์ ศุภกิจเจริญ, 2538) ซึ่งส่งผลกระทบต่อซึ่งกันและกัน ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นผลกระทบซึ่งเกิดจากการที่บุคคลต้องประสบกับการสูญเสียต่างๆ (Miller, 1995) เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียสถานะทางสังคม สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง จากการศึกษาของจรงค์ ศุภกิจเจริญ (2538), พัชรีย์ ตันศิริ (2533) และศรีเรือน แก้วกั้งวาล (2533) พบว่าปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ อัตมโนทัศน์ การเปลี่ยนแปลงบทบาท การเปลี่ยนแปลงทางครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว สภาวะสุขภาพและความว่าเหว่ อย่างไรก็ตามการศึกษาเหล่านี้ทำการศึกษาในเพียงหนึ่งหรือสองปัจจัยเท่านั้น จึงทำให้เกิด

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหว่ และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ความเข้าใจการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้เพียงระดับหนึ่งเท่านั้น และสำหรับปัจจัยบางตัว เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว ได้ถูกนำมาศึกษาในหลายการศึกษา แต่ในแต่ละการศึกษาก็มีความแตกต่างกันที่เครื่องมือและการให้คำนิยาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มความเข้าใจปรากฏการณ์โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากขึ้น และนำไปสู่การหาแนวทางป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ (ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและจำนวนปัญหาสุขภาพ) สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหว่ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของภาวะสุขภาพ (ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและจำนวนปัญหาสุขภาพ) สัมพันธภาพในครอบครัว และความว่าเหว่ ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ได้กรอบแนวคิดมาจากการทบทวนวรรณกรรม และทฤษฎีการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าได้มีหลายทฤษฎีได้อธิบายถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เช่น ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคม และสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีจิตสังคม ซึ่งทฤษฎีดังกล่าวได้อธิบายถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุว่าเป็นผลมาจากการที่บุคคลต้องพบกับการ

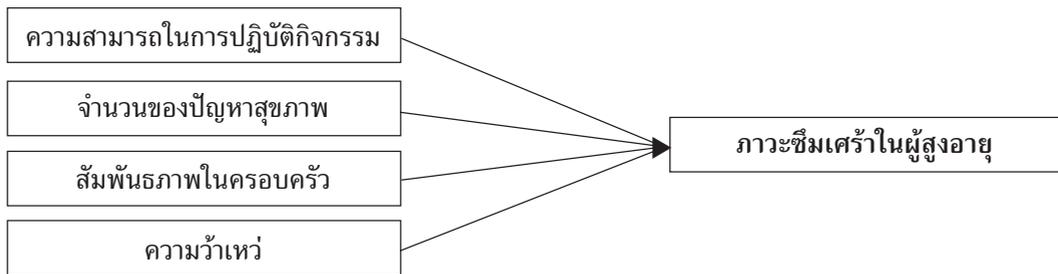
สูญเสียต่างๆ (Miller, 1995,) เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียภาพลักษณ์ การสูญเสียสถานะทางสังคม การสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น ซึ่งการสูญเสียดังกล่าวจะส่งผลทำให้ความสามารถในการควบคุมตนเองลดลง ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียการรับรู้ การตัดสินใจ การแก้ปัญหา และความมีเหตุผล ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง แยกตนเองออกจากสังคมในที่สุด (ปราณี วัฒนโชติ และนพดล สมบูรณ์, 2528) ภาวะดังกล่าวที่เกิดขึ้นจำเป็นต้องใช้กลไกทางจิตในการปรับตัว (ช่อลัดดา พันธุเสนา, 2536) ถ้าผู้สูงอายุสามารถใช้กลไกในการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ก็จะทำให้เกิดความสมดุลทางด้านอารมณ์ สามารถกำจัดภาวะซึมเศร้าได้ แต่ในทางกลับกันถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถใช้กลไกในการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ก็จะทำให้มีความคิดในด้านลบต่อตนเอง รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด ผู้สูงอายุต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตมากมาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางภาวะสุขภาพอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อนลดลง และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ต้องสูญเสียความสามารถของตนเอง นำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

โสภณ แสงอ่อน และคณะ

สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้น เนื่องจากทำให้สูญเสียบทบาททางสังคมและสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง จากสภาพสังคมในปัจจุบัน ส่งผลต่อค่านิยมของบุรุษหลานที่มีต่อผู้สูงอายุได้เปลี่ยนไป ผู้สูงอายุถูกมองว่าเป็นเพียงผู้อาวุโสคนหนึ่ง และไม่มีบทบาทสำคัญในครอบครัว (ศรีวรรณ ตันศิริ, 2535) ส่งผลต่อสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุกับลูกหลานเริ่มเห็นห่าง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดความรัก ความเคารพ และการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ขาดการมีคุณค่าในตนเองและขาดความภาคภูมิใจในตนเอง (พรพจน์

กิ่งแก้ว, 2538)

ความว่าเหว ซึ่งมีผลมาจากการสูญเสียสัมพันธ์ภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น เช่น เพื่อนสนิท อันเนื่องมาจากการเสียชีวิตหรือการที่ต้องออกจากงานเพราะถึงวัยเกษียณอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบ ความรัก และความเป็นเจ้าของ ซึ่งการสูญเสียดังกล่าวนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าการสูญเสียทางภาวะสุขภาพ การสูญเสียสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และความว่าเหวน่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวจะทำให้เข้าใจถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้มากขึ้น



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สมมติฐาน

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
2. จำนวนของปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

3. สัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
4. ความว่าเหวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
5. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม จำนวนปัญหาสุขภาพ สัมพันธ์ภาพในครอบครัว และความว่าเหวสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

นิยามตัวแปร

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ทั้งในกิจกรรมพื้นฐานและกิจกรรมที่ต่อเนื่องซับซ้อน ประเมินโดยใช้แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล ซึ่งเป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและแบบประเมิน Chula Activities of Daily Living Index (CAI) ซึ่งเป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องซับซ้อน

จำนวนของปัญหาสุขภาพ หมายถึง จำนวนของปัญหาสุขภาพ โรคประจำตัว หรือความพิการต่างๆ ที่ผู้สูงอายุกำลังประสบอยู่ ซึ่งประเมินโดยแบบสัมภาษณ์การมีปัญหาสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการกระทำของบุคคลในครอบครัว ในลักษณะที่เกี่ยวข้องกับความรักและความห่วงใย การมีปฏิสัมพันธ์ การเคารพและการให้ความสำคัญ การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และการพักผ่อนร่วมกันในครอบครัว ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของ พวงผกา ชื่นเนตรแสง (2538) ซึ่งพัฒนาโดยนำแนวคิดมาจากฟรายแมน (Friedman, 1986) และมอร์โรว์และวิลสัน (Morrow & Wilson, 1961)

ความว่าเหว หมายถึง ความทุกข์ทรมานทางจิตใจที่เกิดจากการสูญเสียสัมพันธภาพที่มีความหมายหรือมีความสำคัญกับบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวขาดที่พึ่ง สงสารตนเอง รู้สึกว่าตนเองด้อยค่าไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ประเมินโดยใช้แบบวัดความว่าเหวของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย แห่งเมืองลอสแอนเจลิส

(UCLA Loneliness scale) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดยสุพรรณิ นันทชัย (2534)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะผิดปกติของจิตใจและอารมณ์ มีอาการแสดงของรู้สึกเศร้าสร้อย วิตกกังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางตำร่างกายและพฤติกรรม เกิดความคิดในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง สังคม และอนาคต ความตั้งใจในการกระทำสิ่งต่างๆ ลดลงหรือหมดไป เกิดความเฉยชาต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว ประเมินโดยใช้แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ซึ่งสร้างขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (นิพนธ์ พวงรินทร์ และคณะ, 2537)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ อาศัยหลักการ Power analysis ของโคเฮน (Cohen, 1988) กำหนดค่า $\alpha = .05$ ที่ $\text{power} = .80$ และกำหนดขนาดของความสัมพันธ์ (effect size) ปานกลาง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 คน และเพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 100 คน โดยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างไว้ดังนี้ 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) ไม่มีปัญหาความจำบกพร่อง โดยใช้แบบทดสอบหมวดหมู่ (the Set Test) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองค้นหาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ได้คะแนนทดสอบเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน เป็นผู้ที่มีสมรรถภาพของสมองปกติ 3) ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร เช่น เข้าใจภาษาไทยสามารถมองเห็น ได้ยิน และสื่อสารได้

โสภณ แสงอ่อน และคณะ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 8 ส่วน ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ งานอดิเรก และลักษณะการอยู่อาศัย

2. แบบทดสอบหมวดหมู่ (the Set Test) ซึ่งสร้างขึ้นโดย ไอแซคส์และอักฮ์ตาร์ (Isaacs & Akhtar, 1972 อ้างถึงใน Isaacs & Kennie) เป็นแบบคัดกรองค้นหาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุ บอกชื่อ สี สัตว์ ผลไม้และจังหวัด หมวดละ 10 ชื่อ โดยมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 40 ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน เป็นผู้ที่มีสมรรถภาพของสมองปกติ

3. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Modified Barthel ADL Index, MBAI) ซึ่งสร้างขึ้นโดยมาโฮนีและบาร์เทล (Marhoney & Barthel, 1965) แปลเป็นภาษาไทย โดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (Jitapunkul, Kamolratanakul, & Ebrahim, 1994) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ประเมินกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด เป็นต้น คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองขั้นพื้นฐานเองได้ดี

4. The Chula Activities of daily Living Index (CAI) พัฒนาขึ้นโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (Jitapunkul et al., 1994) ใช้ในการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมที่ต่อเนื่องซับซ้อนในผู้สูงอายุ เช่น

การเดินนอกบ้าน การใช้รถประจำทาง การประกอบอาหาร เป็นต้น คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-9 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ต่อเนื่องซับซ้อนต่างๆ ได้เองดีโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

5. แบบสัมภาษณ์การมีปัญหาสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการศึกษาค้นคว้า เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ประกอบไปด้วยตัวเลือกชนิดของปัญหาสุขภาพ โรคประจำตัว ความพิการต่างๆที่ผู้สูงอายุกำลังประสบอยู่ โดยให้ผู้สูงอายุเป็นผู้รายงานด้วยตนเอง

6. แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว พัฒนาขึ้นโดย พวงผกา ชื่นเนตรแสง (2538) ตามแนวคิดของ Friedman (1986) และ Morrow & Wilson (1961) ประเมินความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อสัมพันธภาพในครอบครัวในด้านต่างๆ ดังนี้ 1) ความรักและความห่วงใยซึ่งกันและกัน 2) การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในครอบครัว 3) การเคารพและให้ความสำคัญซึ่งกันและกัน 4) การปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน 5) การพักผ่อนร่วมกันในครอบครัว ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 3-45 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี

7. แบบวัดความว้าเหว พัฒนาขึ้นโดยมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย แห่งเมืองลอสแอนเจลิส (University of California, Los Angeles Loneliness scale หรือ UCLA Loneliness scale) แปลเป็นภาษาไทย โดยสุพรรณิ นันทชัย (2534) ใช้ประเมินความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับสัมพันธภาพที่มีความหมายหรือมีความสำคัญกับเพื่อนหรือบุคคลอื่น

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ในสังคมในปัจจุบัน ข้อคำถามมีทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความว่าเหวระดับสูง

8. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) สร้างโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยา จากทั้งหมด 14 สถาบัน (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2537) ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความซึมเศร้าระดับสูง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดลถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยนาท เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบในชุมชนที่ศึกษา

ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้: ขั้นที่ 1: ผู้วิจัยสุ่มอย่างง่ายในการเลือก 4 อำเภอ จาก 6 อำเภอ และ 2 กิ่งอำเภอในจังหวัดชัยนาท ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอโมโคม อำเภอวัดสิงห์ อำเภอสรรพยา; ขั้นที่ 2: ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายในการเลือกตำบลจากอำเภอที่เลือกไว้ (เลือกอำเภอละ 1 ตำบล) ได้แก่ ตำบลนางสี ตำบลทางน้ำสาคร ตำบลหนองบัว และตำบลบ้านหาดอาษา; ขั้นที่ 3: ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายในการเลือกหมู่บ้านจากตำบลที่เลือกไว้ (เลือก 2 หมู่บ้านในแต่ละตำบล) ได้แก่ หมู่ 2 และ 3 ตำบลนางสี หมู่ 4 และ 5 ตำบลทางน้ำสาคร หมู่ 1 และ 2 ตำบลหนองบัว หมู่ 2 และ 3 ตำบลบ้านหาดอาษา; ขั้นที่ 4: ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายในการเลือกผู้สูงอายุ โดยสุ่มจากบัตรรายนามครอบครัว ตำบลละ 25 คน (2 หมู่บ้านในแต่ละตำบลที่ได้รับการสุ่มเลือก)

3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้นำชุมชนเพื่อขอความร่วมมือและช่วยแนะนำที่อยู่ของผู้สูงอายุตามหลังคาเรือน

4. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละหลังคาเรือนสร้างสัมพันธภาพโดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ตามรายละเอียดในแบบฟอร์มการยินยอมและพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นสอบถามถึงความ

พร้อมในการตอบแบบสอบถาม ถ้ากลุ่มตัวอย่างยังไม่พร้อมเนื่องจากติดภารกิจ ผู้วิจัยจะขอนัดหมายวัน เวลา ตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก

4.2 ถ้ากลุ่มตัวอย่างพร้อมที่จะให้ข้อมูลในวันนั้น ผู้วิจัยจะนำกลุ่มตัวอย่างไปยังบริเวณที่สามารถตอบแบบสอบถามได้สะดวกซึ่งเป็นส่วนตัวและเงียบเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีสมาธิในการตอบแบบสอบถาม โดยก่อนที่จะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผู้วิจัยได้อธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละชุดให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างชัดเจน การตอบแบบสอบถามเริ่มจากข้อมูลส่วนบุคคล ตามด้วยแบบสอบถามภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว้าเหว่ และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การจัดลำดับในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยพิจารณาตามรายละเอียดที่คุกคามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการตอบให้น้อยที่สุดเป็นลำดับ เวลาที่ใช้ประมาณ 45-60 นาทีต่อผู้สูงอายุหนึ่งท่าน

4.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม หากพบว่าข้อใดยังไม่ได้อตอบผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติบรรยาย สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณด้วยวิธี Enter (Multiple Regression Analysis) ทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS/FW อย่างไรก็ตามการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์โดยใช้สถิติดังกล่าวข้างต้นพบว่า ข้อมูลมีความเหมาะสมในการใช้สถิติดังกล่าวในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุจำนวน 96 ราย ประกอบด้วยเพศหญิง 56 คน (58.3%) เพศชาย 40 คน (41.7%) อายุอยู่ระหว่าง 60-92 ปี อายุเฉลี่ย 73.89 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน (39.6%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (76%) ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ (59.4%) มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน (66.7%) รายได้ส่วนใหญ่มาจากคู่สมรสและบุตรหลาน (79.2%) และประเมินว่ารายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย (57.3%)

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพอย่างน้อย 1 ปัญหา (96.6%) และปัญหาสุขภาพที่พบเป็นส่วนใหญ่คือ โรคข้อ ปัญหาเกี่ยวกับสายตา การนอนไม่หลับ และความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (96%) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทั้งกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่ซับซ้อนอยู่ในระดับสูง มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี (75%) มีระดับความว้าเหว่อยู่ในระดับปานกลาง (55.2%) และมีระดับซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (37.5%)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Pearson's product-moment correlation (ตารางที่ 1) พบว่าจำนวนปัญหาสุขภาพและความว้าเหว่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ($r = .55, p < .01$; $r = .75, p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ($r = -.57, p < .01$; $r = -.32, p < .01$ ตามลำดับ)

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหว่ และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณด้วยวิธี Enter (ตารางที่ 2) พบว่า จำนวนปัญหาสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม สัมพันธภาพในครอบครัว และความว่าเหว่ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 61 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ

ความว่าเหว่ ($\beta = .53, p < .01$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($\beta = -.21, p < .05$) และจำนวนปัญหาสุขภาพ ($\beta = .19, p < .05$) โดยความว่าเหว่เป็นตัวปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ดีที่สุด ($\beta = .53$) รองลงมาคือสัมพันธภาพในครอบครัว ($\beta = .21$) และจำนวนปัญหาสุขภาพ ($\beta = .19$)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ (จำนวนปัญหาสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม) สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหว่ และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (N=96)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. จำนวนปัญหาสุขภาพ	1				
2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม	-.26*	1			
3. สัมพันธภาพในครอบครัว	-.40**	.12	1		
4. ความว่าเหว่	.52**	-.44**	-.55**	1	
5. ภาวะซึมเศร้า	.55**	-.32**	-.57**	.75**	1

*p < .05 **p < .01

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณหาอำนาจการทำนายของภาวะสุขภาพ (ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและจำนวนปัญหาสุขภาพ) สัมพันธภาพในครอบครัว และความว่าเหว่ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ตัวแปร	B	SEB	β	t
จำนวนปัญหาสุขภาพ	.53	.22	.19	2.46*
ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม	-.03	.16	-.02	-.22
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.30	.11	-.21	-2.61**
ความว่าเหว่	.33	.06	.53	5.81***

$R^2 = .61, F(4, 96) = 37.77, p < .001$

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุจำนวน 96 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (58.3%) มีอายุระหว่าง 60-92 ปี อายุเฉลี่ย 73.89 ปี ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ที่พบผู้สูงอายุเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย (บรรลุศิริพานิช และคณะ, 2532; Jitapunkul. et al., 1994) และจากการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์ตามลักษณะ จิตสังคมชีววิทยา (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2533) พบว่าร้อยละ 52.1 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุตอนกลางอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี ร้อยละ 26 อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี และร้อยละ 21.8 มีอายุ 80 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (75%) อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลานและญาติพี่น้อง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงลักษณะของครอบครัวในชนบทไทยซึ่งส่วนใหญ่ยังเป็นครอบครัวขยาย จากลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุแสดงให้เห็นว่า มีความคล้ายคลึงกับลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชนบท โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านโครงสร้างของประชากร ลักษณะการอยู่อาศัยและการใช้ชีวิตประจำวัน

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนปัญหาสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม สัมพันธภาพในครอบครัวและความว่าเหว่ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 61 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่จำนวนของปัญหาสุขภาพสัมพันธภาพในครอบครัว และความว่าเหว่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001 ตามลำดับ ความว่าเหว่เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อ

ภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ($\beta = .53, p < .001$) รองลงมาคือ สัมพันธภาพในครอบครัว ($\beta = -.21, p < .01$) และจำนวนปัญหาสุขภาพ ($\beta = .19, p < .05$)

การที่ความว่าเหว่เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้ามากที่สุดและมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง น่าจะอธิบายได้ด้วยเหตุที่ผู้สูงอายุต้องพบกับเหตุการณ์ต่างๆ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ไม่ว่าจะเป็นคูชีวิตหรือเพื่อนสนิท การสูญเสียบทบาทต่างๆ ในสังคม การไม่สามารถยอมรับการปรับเปลี่ยนบทบาทต่างๆ ได้ในเวลาที่เหมาะสม การต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตต่างๆ การที่ตนเองต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่คาดหวัง (ธิดา มีศิริ, 2541) การขาดการมีสัมพันธภาพกับเพื่อน ๆ ในวัยเดียวกันจากการต้องอยู่เฝ้าบ้านหรือมีข้อจำกัดในการเดินทาง เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว่าเหว่ โดดเดี่ยว มองตนเองด้านลบ รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ซึ่ง ชูลส (Shultz, 1993) ได้กล่าวว่า ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเหล่านี้เป็นตัวส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเหงา ความว่าเหว่มากที่สุด มีชีวิตเหมือนอยู่ไปวัน ๆ ไม่มีประโยชน์ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ ลึนหวัง ว่าเหว่ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด ดังนั้นการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุนั้น ปัจจัยที่ต้องให้ความสำคัญอย่างมาก คือ ความรู้สึกว่าเหว่ ซึ่งจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ความรู้สึกว่าเหว่ที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุสามารถเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนั้นการตระหนักถึงการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ การมีสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น การทำกิจกรรมที่เหมาะสมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม ให้คลายความเหงา ความรู้สึกว่าเหว่ เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลควรที่จะตระหนักและให้ความสำคัญมาก

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นตัวแปรที่สำคัญ รองลงมาที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญ การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการกระทำของบุคคลในครอบครัวในลักษณะที่เกี่ยวข้องกับความรักและความห่วงใย การมีปฏิสัมพันธ์ การเคารพและการให้ความสำคัญ การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และการพักผ่อนร่วมกันในครอบครัว มีความสำคัญและมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมาก ความรัก การเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เป็นสิ่งที่มีคุณค่าต่อผู้สูงอายุมาก เนื่องจากเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจที่ดี เกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าสำหรับบุคคลอื่น โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว รวมทั้งเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี โอกาสจะเกิดภาวะซึมเศร้าจึงมีน้อย แต่ในทางตรงข้ามถ้าสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ขาดการให้กำลังใจ การแสดงความรัก การสนับสนุนจากครอบครัว อาจส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Oxman et al., 1992) การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุร้อยละ 21.9 ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางไม่ดีนั้น อาจจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เกิดภาวะซึมเศร้า แต่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับที่ดี แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังได้รับความรัก ความเอาใจใส่ดูแล การเคารพยกย่อง การให้ความสำคัญจากสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างดี ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดกำลังใจที่ดี โอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าจึงมีน้อย ดังนั้นบุคคลในครอบครัวจึงไม่ควรที่จะมองข้ามในประเด็นนี้ การส่งเสริมสัมพันธภาพ

ที่ดีในครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การที่จำนวนของปัญหาสุขภาพสามารถอธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพหลายๆ ปัญหา ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่เสื่อมลง จะส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีปัญหาสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองมองตนเองในแง่ลบ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่แน่ใจและไม่มั่นใจต่อสภาพของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น หรือสิ่งที่ตนเองต้องเผชิญอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพหลายปัญหาและรับรู้ว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับตนเองมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัว จนทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่น ทั้งในเรื่องการดูแลและภาระค่าใช้จ่าย ก็จะต้องเพิ่มความรู้สึกวิตกกังวลและความเครียดมากขึ้น ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ถ้าเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาอันนานและไม่ได้รับการดูแลแก้ไข จะส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (functional ability) ซึ่งเป็นผลของคะแนนรวมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต่อเนื่องซับซ้อน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ ($r = -.32, p < .01$) แต่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543; Alexopoulos et al., 1996; Roberts et al., 1997) ที่พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้

เหตุที่ผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้เป็นอย่างดี เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การขึ้นลงบันได การเคลื่อนที่ไปมาภายในบ้าน การขับถ่ายปัสสาวะ-อุจจาระ ดังนั้นคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างทุกคนจึงไม่แตกต่างกันและอยู่ในระดับสูง ส่วนคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องซับซ้อนพบว่าผู้สูงอายุบางส่วนที่ยังต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อน เช่น การทำความสะอาดตู้บ้าน การซักรีดเสื้อผ้า และการใช้บริการรถสองแถวหรือขับรถเอง

ผู้วิจัยเห็นว่าความแตกต่างของความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (functional ability) น่าจะอยู่ที่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องซับซ้อน ดังนั้นในการวิเคราะห์ Regression ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ Regression 2 ครั้ง คือวิเคราะห์โดยใช้คะแนนรวมของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องซับซ้อน ในครั้งที่ 1 และวิเคราะห์โดยใช้คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องซับซ้อน ในครั้งที่ 2 ซึ่งผลการวิเคราะห์ทั้ง 2 ครั้ง พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน คือทั้งความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องซับซ้อน ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และนอกจากนี้จากผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญและรู้สึกกังวลกับการมีปัญหาลักษณะ

มากกว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการรับรู้ว่าตนเองมีปัญหาลักษณะ เป็นสิ่งที่คุกคามต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ แต่การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดำรงชีวิตประจำวันนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองยังสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จะมีเพียงบางกิจกรรมเท่านั้นที่ต้องอาศัยผู้อื่น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุถึงแม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามวัย แต่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ถึงแม้ว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมจะไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างได้ แต่ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมก็มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนั้นการให้ความสำคัญ และตระหนักถึงภาวะนี้ในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันต่างๆ ย่อมเป็นสิ่งที่ไม่ควรละเลยเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป การนำตัวแปรความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องซับซ้อน) มาศึกษา ควรจะต้องมีการพิจารณาถึงคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเช่น ควรจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างในเรื่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ต่างกันมากขึ้น เพื่อที่จะสามารถอธิบายอำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

สำหรับการอธิบายภาวะซึมเศร้าที่เหลืออีกร้อยละ 39 ซึ่งไม่สามารถทำนายได้จากการศึกษาในครั้งนี้ เป็นผลมาจากปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการวิจัยในครั้งนี้มีประโยชน์และให้ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้คือ

1. พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุควรตระหนักว่าผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว และมีปัญหาสุขภาพเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นผู้ดูแลควรพิจารณาประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเหล่านี้

2. สำหรับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพควรที่จะส่งเสริมการจัดกิจกรรมกลุ่มขึ้นในชุมชน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะเป็นการส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเองแก่ผู้สูงอายุและลดความว่าเหว

3. พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพควรให้ความรู้กับครอบครัวผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสำคัญของสัมพันธภาพในครอบครัวที่มีต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวควรที่จะดูแลเอาใจใส่ และให้เวลาแก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ครอบครัวควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองให้มากที่สุด และให้การสนใจดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรม

4. หาแนวทางในการลดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหลายๆ รูปแบบ เช่น ควรมีโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคบางอย่างที่สามารถป้องกันได้ ตลอดจนการจัดการปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เพื่อลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพให้น้อยลง

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกท่าน สำหรับความร่วมมือและเสียสละเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กนกรัตน์ สุชะตุงคะ และคณะ. (2542). ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง, *สารศิริราช*, 51(4), 232-243.

กมลีน สาตรา. (2531). *ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: ศึกษาในกรณีผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรม-ปรกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

จรงค์ ศุกกิจเจริญ. (2538). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชอลดา พันธุเสนา. (2536). *การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤต ตามแบบแผนสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พรินต์ติ้งกรุ๊ป.

ชัดเจน จันทร์พัฒน์. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ธิดา มีศิริ. (2541). *การศึกษาความว่าเหวของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นิพนธ์ พวงรินทร์ และคณะ. (2537). แบบวัดความเศร้า ในผู้สูงอายุไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.

โสภณ แสงอ่อน และคณะ

- นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ. (2533). การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 35(4), 195-203.
- บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. (2532). พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง. รายงานวิจัย องค์การอนามัยโลก กรุงเทพฯ: สามดีการพิมพ์.
- ปราณี วัฒนโชติ และนพดล สมบูรณ์. (2528). ภาวะซึมเศร้า: อธิบายบนพื้นฐานทฤษฎีจิตวิเคราะห์. *ลำปางเวชสาร*, 6(2), 157-167.
- พรพจน์ กิ่งแก้ว. (2538). องค์ประกอบทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลช้างเผือก อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่. สารนิพนธ์สาทรานสุขศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พวงผกา ชื่นเนตรแสง. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขานามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรี ต้นศิริ. (2533). การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมใน ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลผู้สูงอายุ. ในจรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณ รุ่งวนิชชา. (2535). การศึกษาบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. (2545). ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2533). ตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 21(1), 1-24.
- ศรียรรณา ต้นศิริ. (2535). ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาระณะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2536). *มาตรฐานการปฏิบัติกรพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่ม 2*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุพรรณิ นันทชัย. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพรรณิ มหาภานันท์. (2538). ผลการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลของโอเร็มต่อความผาสุก ภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุณี นาคะพันธ์. (2539). ภาวะทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินติ้ง.
- Alexopoulos, G. S., Vrontou, C., Kakuma, T., Meyers, B. S., Youn, R. C., Klausner, E., & Clarkin, J. (1996). Disability in geriatric depression. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 877-885.

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

- Blazer, D., Burchett, B., Service, C., & George, L. K. (1991). The association of age and depression among the elderly: An epidemiologic exploration. *Journal of Gerontology, 46*, 210-215.
- Brant, B. A., & Osgood, N. J. (1990). The suicidal patient in long term care institutes. *Journal of Gerontological Nursing, 16*, 15-18.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Friedman, M. M. (1986). *Family Nursing: Theory and assessment*. New York: Appleton-Century Crofts.
- Isaacs, K., & Kennie, A. T. (1973). The set test as an aid to detection of dementia in old people. *British Journal of Psychiatry, 123*, 467-470.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., & Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in Thai elderly population: Development of a new index. *Age and Ageing, 23*, 97-101.
- Marhoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal, 21*(February), 61-65.
- Miller, C. A. (1995). *Nursing Care of Older Adults Theory and Practice* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Morrow, W. R., & Wilson, R. C. (1961). Family relation of bright high-achieving and under achieving high school boy. *Child Development, 32*, 501-510.
- Oxman, T. E., Berkman, L. F., Kasl, S., Freeman, D. H. J.R., & Barret, J. (1992). Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology, 135*, 356-368.
- Roberts, R. E., Kaplan, A. G., Shema, S. J., & Strawbridge, W. J. (1997). Does growing old increase the risk for depression? *American Journal of Psychiatry, 154*(10), 1384-1390.
- Shultz, C. M. (1993). Loneliness. In R. P. Rawlins., S. R. Williams., & C. K. Beck. (Eds.), *Mental health and psychiatric nursing: A holistic life-cycle approach* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Steiner, D., & Marcopulos, B. (1991). Depression in the elderly: Characteristics and clinical management. *Nursing Clinics of North American, 26*(3), 585-600.
- Valente, S. M. (1994). Recognizing depression in elderly patterns. *American Journal of Nursing, 94*(12), 18-28.
- Zerhusen, D. J., Boyle, K., & Wilson, W. (1991). Out of the darkness: Group cognitive therapy for depressed elderly. *Journal of Gerontological Nursing, 29*(9), 17-21.

Relationships of Health Status, Family Relations, and Loneliness to Depression in Older Adults

Sopin Sangon, Ph. D. (Nursing)

Pornpen Sampao, M.N.S (Psychiatric and Mental Health Nursing)

Porntip Malathum, Ph.D. (Nursing)

Abstract: The aim of this descriptive correlational research was to investigate the relationship of health status, family relations, and loneliness to depression in older adults. The psychosocial theory of depression in older adults was used to guide this study. The research sample consisted of 96 older adults who lived in Chainat Province. The sample was selected by multi-stage random sampling. The eight instruments used in the study were: 1) Demographic Data Form; 2) the Set Test; 3) the Modified Barthel ADL Index; 4) the Chula ADL Index; 5) Health Problems Questionnaire; 6) the Family Relationship Inventory; 7) the Loneliness Inventory; and 8) the Thai Geriatric Depression Scale. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation, and multiple regression. The results revealed that the majority of older adults (37.5%) had moderate depression. The number of health problems and loneliness were positively correlated to depression. The functional ability and family relations were negatively correlated to depression. Loneliness, family relations and the number of health problems could jointly explain 61% of the variance in depression in older adults. However, the functional ability did not emerge as a significant predictor of depression in older adults. This study suggests that nurses should be aware of depression in older adults. In order to prevent depression in older adults, nurses should aim to prevent loneliness, minimize health problems, and promote family relations.

Keywords: Depression, Older adults, Health status, Family relations, Loneliness

**Lecture, Psychiatric and Mental Health Unit, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

***Registered Nurse, Manorom Hospital, Chainat Province*

****Assistant Professor, Medical Nursing Unit, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University*