



ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์
การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

โดย

นางสาวศิริรัฐ โนนใหญ่

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2565

ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์
การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

โดย

นางสาวศิริรัฐ โนนใหญ่

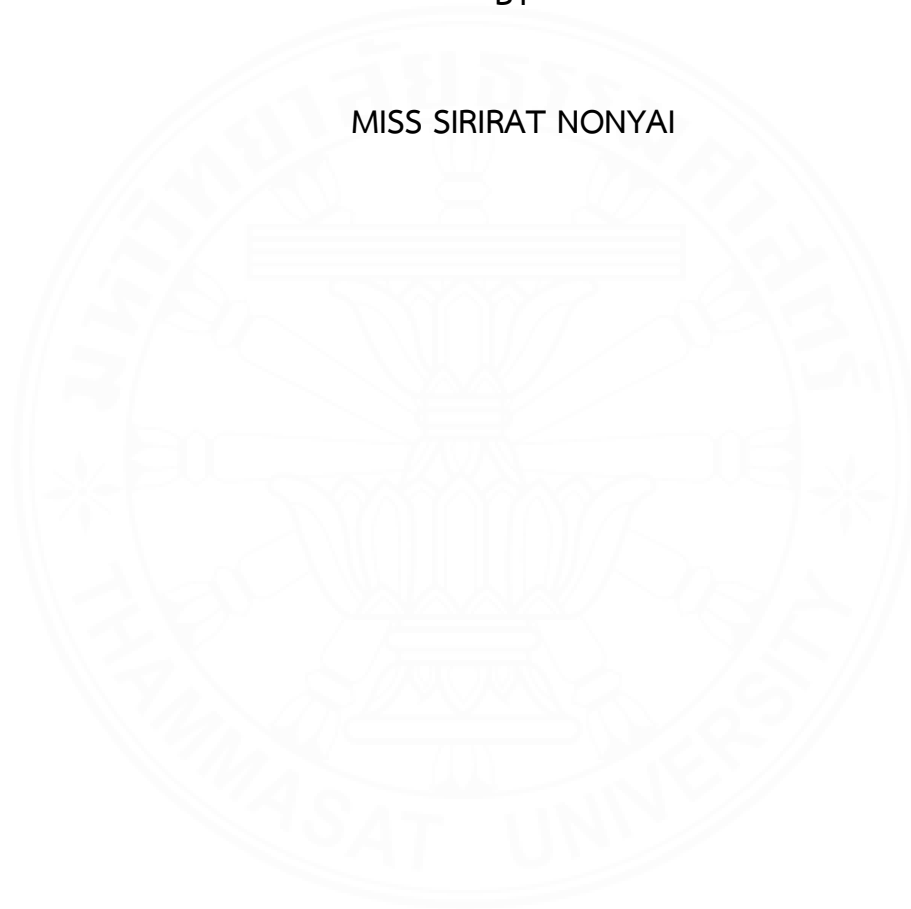


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ปีการศึกษา 2565

PREDICTIVE FACTORS OF RESILIENCE AMONG OLDER ADULTS
WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER DURING
COVID-19 PANDEMIC

BY

MISS SIRIRAT NONYAI



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE
IN PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING
FACULTY OF NURSING
THAMMASAT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2022

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นางสาวศิริรัฐ โนนใหญ่

เรื่อง

ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์
การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

นุชนาถ บรรทมพร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุชนาถ บรรทมพร)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาสอบวิทยานิพนธ์หลัก

รังสิมันต์ สุทธิรักษ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุทธิรักษ์)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาสอบวิทยานิพนธ์ร่วม

สารรัตน์ วุฒิมอญ

(อ.ดร.สารรัตน์ วุฒิมอญ)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

นพพร ว่องสิริมาศ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นพพร ว่องสิริมาศ)

คณบดี

ปรีกษ์มกล รัชกุล

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรีกษ์มกล รัชกุล)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าใน สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19
ชื่อผู้เขียน	นางสาวศิริรัฐ โนนใหญ่
ชื่อปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ดร.สารรัตน์ วุฒิอาภา
ปีการศึกษา	2565

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาล สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จำนวน 137 คน เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย 3) แบบประเมินความเครียด 4) แบบประเมินความวิตกกังวลผู้สูงอายุ 5) แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว 6) แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 และ 7) แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ระหว่าง .99-1.0 แบบประเมินชุดที่ 2-7 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91, .79, .87, .91, .95, และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ และแบบนำตัวแปรเข้าพร้อมกันทั้งหมด ผลการวิจัยพบว่า

1) ปัจจัยความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบสูงสุดกับความเข้มแข็งทางใจ ($r = -.467$, $p < .01$) รองลงมา ได้แก่ อาการซึมเศร้า ($r = -.428$, $p < .01$) และความเครียด ($r = -.409$, $p < .01$) พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุดกับความเข้มแข็งทางใจ ($r = .399$, $p < .01$) รองลงมา ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว ($r = .340$, $p < .01$)

2) ปัจจัย อาการซึมเศร้า และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 สามารถร่วมกันทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 47.3 ($R^2 = .473$, $p < .05$)

3) ปัจจัยทำนายสมการความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 คือ

สมการรูปคะแนนดิบ

$$Y = 9.46 - .11(\text{อาการซึมเศร้า}) + .23(\text{พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19})$$

สมการรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = -.35(\text{อาการซึมเศร้า}) + .46(\text{พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19})$$

ผลการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค และการสนับสนุนจากครอบครัว รวมทั้งลดอาการซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล ที่ส่งผลถึงความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

คำสำคัญ: ความเข้มแข็งทางใจ, ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า, โรคโควิด 19, อาการซึมเศร้า, พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19

Thesis title	PREDICTIVE FACTORS OF RESILIENCE AMONG OLDER ADULTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER DURING COVID-19 PANDEMIC
Author	Miss Sirirat Nonyai
Degree	Master of Nursing Science
Department/Faculty/University	Psychiatric and Mental Health Nursing Program Faculty of Nursing, Thammasat University
Thesis Advisor	Associate Professor Rangsiman Soonthornchaiya, Ph.D
Thesis Co-advisor	Sararat Wuthiapa, Ph.D.
Academic year	2022

Abstract

This objective of predictive correlation research was aimed at examining predictive factors of resilience among older adults with major depressive disorder during the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. Samples were 137 older adults with major depressive disorder who were treated at the psychiatric outpatient clinic of the hospitals. Multi-stage random sampling technique was used. Seven instruments were used to collect data: 1) demographic questionnaire; 2) Depressive Symptom Inventory for Thai Older Persons with depressive disorders; 3) Stress Test Questionnaire; 4) Geriatric Anxiety Scale; 5) Family Support Scale; 6) COVID-19 Preventive Health Behaviors Questionnaire; and 7) Connor–Davidson Resilience Scale. The content validity index of all instruments ranged between .99 and 1.0. For the instruments 2-7, Cronbach’s alpha coefficient reliability was .91, .79, .87, .91, .95, .91 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, and multiple linear regression analysis with the enter method. Results were as the following:

1) Anxiety had the highest statistically significant negative correlation with sample resilience ($r = -.467, p < .01$), followed by depressive symptoms ($r = -.428, p < .01$), stress ($r = -.409, p < .01$). COVID-19 prevention behavior had the highest statistically significant positive correlation with resilience ($r = -.399, p < .01$), followed by family support ($r = .340, p < .01$).

2) Two factors of depressive symptoms and COVID-19 prevention behavior could account for predicting resilience at 47.3% ($R^2 = .473$, $p < .05$).

3) Factors predicting sample resilience during the COVID-19 pandemic:

Score equation

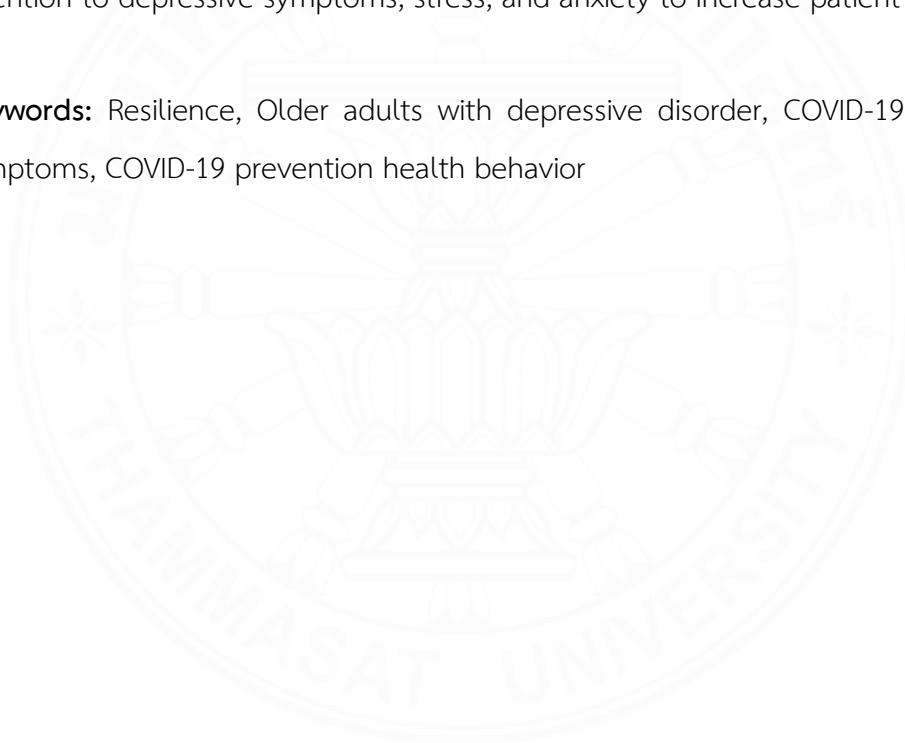
$$Y = 9.46 - .11X_{\text{depression}} + .23X_{\text{COVID-19 prevention behavior}}$$

Standard score equation

$$Z = -.35X_{\text{depression}} + .46X_{\text{COVID-19 prevention behavior}}$$

These findings may help to plan caring for older adults with major depressive disorder by promoting preventive behavior and family support; as well as attention to depressive symptoms, stress, and anxiety to increase patient resilience.

Keywords: Resilience, Older adults with depressive disorder, COVID-19, Depressive symptoms, COVID-19 prevention health behavior



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากรองศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.สารรัตน์ วุฒิอาภา อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำปรึกษาและแนะนำข้อคิดเห็น ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ นับตั้งแต่ เริ่มการศึกษา รวมทั้งให้กำลังใจในการศึกษาอย่างสม่ำเสมอ จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ต่าง ๆ นับตั้งแต่ เริ่มต้นวิชาแรกจนสำเร็จหลักสูตรการศึกษา และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์อย่างมาก

ขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงกนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง นายแพทย์เชี่ยวชาญ จิตแพทย์ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อาจารย์วิจิตรา จิตรักษ์ อาจารย์ประจำ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ และคุณสุริภรณ์ สมคะเนย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชและยา เสพติด โรงพยาบาลเชียงใหม่ อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลวารินชำราบ โรงพยาบาลเชียงใหม่ และโรงพยาบาลม่วงสามสิบ ที่ให้ความเอื้อเฟื้อ และอำนวยความสะดวกในการ ทดสอบเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสนับสนุนให้การศึกษาสำเร็จด้วยดี

ขอบคุณเพื่อน ๆ พี่น้องร่วมหลักสูตรสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต กัลยาณมิตรทุกท่าน และเจ้าหน้าที่งานบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ทุกท่าน ที่คอยให้การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสฤณี โนนใหญ่ คุณแม่บุญส่ง โนนใหญ่ พี่สาว และพี่ชายของข้าพเจ้า ที่คอยเป็นกำลังใจและส่งเสริมสนับสนุนด้านการศึกษาของผู้วิจัยมาตลอด ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยที่เป็นกำลังใจ และช่วยให้เกิดความสำเร็จนี้ขึ้น

ศิริรัฐ โนนใหญ่
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

2566

สารบัญ

	หน้า
หน้าอนุมัติ	(1)
บทคัดย่อ	(2)
Abstract	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญ	(7)
สารบัญตาราง	(12)
สารบัญภาพประกอบ	(13)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	8
1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป	8
1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ	8
1.3 คำถามการวิจัย	8
1.4 ตัวแปรที่ใช้ศึกษา	8
1.5 ขอบเขตการศึกษา	8
1.6 นิยามศัพท์การวิจัย	9
1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	10
1.8 สมมติฐานการวิจัย	13
1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย	13

บทที่ 2	วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
2.1	แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	16
2.1.1	ความหมายของโรคซึมเศร้า	16
2.1.2	การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า	17
2.1.3	อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า	19
2.1.4	การประเมินอาการซึมเศร้า	23
2.1.5	การพยาบาลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า	23
2.1.6	ผลกระทบของโรคโควิด 19 ต่อผู้สูงอายุ	26
2.2	แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ	28
2.2.1	ความหมายของความเข้มแข็งทางใจ	28
2.2.2	องค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจ	29
2.2.3	การประเมินความเข้มแข็งทางใจ	32
2.2.4	ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง/สัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุ	36
2.3	แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด	42
2.3.1	ความหมายของความเครียด	42
2.3.2	ทฤษฎีความเครียด	45
2.3.3	ผลกระทบของความเครียด	48
2.3.4	ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด	50
2.3.5	การประเมินความเครียด	51
2.4	แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล	52
2.4.1	ความหมายของความวิตกกังวล	52
2.4.2	สาเหตุของความวิตกกังวล	55
2.4.3	ระดับของความวิตกกังวล (Level of Anxiety)	56
2.4.4	ประเภทของความวิตกกังวล (Type of Anxiety)	58
2.4.5	ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวล	58
2.4.6	การประเมินความวิตกกังวล	59
2.5	แนวคิดการสนับสนุนจากครอบครัว	64
2.5.1	ความหมายของการสนับสนุนจากครอบครัว	64
2.5.2	ประเภทของการสนับสนุนจากสังคม	67
2.5.3	การประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว	68

2.6	พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19	71
2.6.1	ความหมายของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19	71
2.6.2	แนวทางการป้องกันโรคโควิด 19	71
2.6.3	การประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19	73
บทที่ 3 วิธีการวิจัย		76
3.1	รูปแบบการวิจัย	76
3.2	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	76
3.3	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	79
3.3.1	เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง	79
3.3.2	เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	81
3.4	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	86
3.4.1	การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)	86
3.4.2	การตรวจสอบคุณภาพความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ	87
3.5	การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	87
3.5.1	ขั้นเตรียมการ	87
3.5.2	ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	88
3.6	การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	90
3.6.1	การชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	90
3.6.2	การชี้แจงประโยชน์ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย	90
3.6.3	การเซ็นชื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย	90
3.6.4	การรักษาความลับของข้อมูล	91
3.6.5	ระยะเวลาการเก็บเอกสารข้อมูล	91
3.6.6	การเผยแพร่ข้อมูล	91
3.7	การวิเคราะห์ข้อมูล	91
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล		94
4.1	ผลการวิจัย	95

ส่วนที่ 1	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	95
	การประเมินอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การ	97
ส่วนที่ 2	สนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และ	
	ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ	
	ของโรคโควิด 19	
	การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้า ความเครียด ความ	98
ส่วนที่ 3	วิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกัน	
	โรคโควิด 19 กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า	
ส่วนที่ 4	การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรค	99
	ซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19	
4.2 การอภิปรายผล		101
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ		110
5.1 สรุปผลการวิจัย		110
5.2 ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้		112
รายการอ้างอิง		114
ภาคผนวก		148
ภาคผนวก ก	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและ	149
	ผลประเมินคุณภาพของเครื่องมือ	
ภาคผนวก ข	เอกสารอนุมัติจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	156
ภาคผนวก ค	เอกสารพิกษสิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	158
ภาคผนวก ง	ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	162
ภาคผนวก จ	ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูล	172
ภาคผนวก ฉ	การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	177
ภาคผนวก ช	การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ความถดถอยพหุ	179
	เชิงเส้น	



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า	
4.1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน และโรคประจำตัว	95
4.2	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19	97
4.3	การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า	98
4.4	การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า	99
4.5	การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่าง	100

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย	13
3.1	ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	79



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้เกิดอาการในระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 : SARS-CoV-2) แพร่ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ประชาชนในหลายประเทศทั่วโลกต้องเผชิญกับผลกระทบในระบบการดูแลสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ประกาศให้การระบาดของโรคโควิด 19 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ เมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 (Mahase, 2020) การระบาดของโรคโควิด 19 กลายเป็นวิกฤตสาธารณสุขโลกที่ส่งผลให้เกิดความท้าทายมากมายทั่วโลก และทวีความรุนแรงอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลสุขภาพไม่ทั่วถึง (Servello & Evaristo, 2020; Wu & McGoogan, 2020)

ปัญหาที่สำคัญของการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 คือ การส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ เกิดโรคปอดติดเชื้อ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภูมิคุ้มกันโรคลดลง ผลจากการรวบรวมข้อมูลของศูนย์ควบคุมโรคแห่งสหรัฐอเมริกาและการป้องกัน (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 พบผู้เสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 80 เป็นผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปี ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Li et al., 2020) สอดคล้องกับรายงานการติดเชื้อรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตจากประเทศจีน ที่พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับอายุ โดยเฉพาะในบุคคลกลุ่มอายุ 50-64 ปี, 65-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป พบการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ร้อยละ 19.8, 43.2 และ 81.3 ตามลำดับ รวมทั้งอัตราการเสียชีวิตของบุคคลกลุ่มอายุดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.2, 4.5 และ 18.8 ตามลำดับ (Niu et al., 2020)

สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดในประเทศไทยเริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2563 จากสถิติของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ติดเชื้อในประเทศไทย 6,879 ราย เป็นผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) 543 ราย (ร้อยละ 7.9) ผู้ป่วยสูงอายุเสียชีวิต 29 ราย (ร้อยละ 5.3) แม้จำนวนไม่มากเมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ เนื่องจากมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของภาครัฐที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพ แต่การใช้มาตรการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของประชากรทุกกลุ่มวัย ทั้งด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ และสังคม โดยเฉพาะผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรสำคัญที่ได้รับผลกระทบทางตรงและทางอ้อมทั้งจากการแพร่ระบาดและการใช้มาตรการควบคุมการแพร่ระบาด จากสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุก (Active

screening) ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองจำนวน 97,329 ราย เกิดภาวะความเครียด ร้อยละ 2.2 มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.1 ในเดือนพฤษภาคม เป็นร้อยละ 1.3 ในเดือนสิงหาคม และเพิ่มสูงขึ้นอีกครั้งเป็นร้อยละ 1.1 ในเดือนธันวาคม เมื่อมีการแพร่ระบาดอีกครั้ง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) สอดคล้องกับกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติของประเทศไทย (United Nations Population Fund-Thailand: UNFPA-Thailand) โดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า ผู้สูงอายุไทยได้รับผลกระทบด้านสุขภาพที่สำคัญในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 คือ มีความวิตกกังวล ร้อยละ 57.2 ไม่อยากอาหาร ร้อยละ 47.3 รู้สึกเหงา 25.0 และไม่มีความสุข ร้อยละ 23.3 (วิราภรณ์ โพธิศิริ, ธนานนท์ บัวทอง และบุศริน บางแก้ว, 2563) ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารู้สึกโดดเดี่ยว (การเว้นระยะห่าง) ขาดผู้ช่วยเหลือดูแล มีปัญหาการดูแลทางกายเพิ่มขึ้น ปัญหาการปรับตัว การเดินทางไปพบแพทย์ตามนัดไม่สะดวก ปัญหาการเงิน และการทำกิจกรรมน้อยลง (Callow et al., 2020; Kar, 2020; Santini, et al, 2020: To et al., 2022) ทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคมกขึ้น การเว้นระยะห่างและสูญเสียโอกาสทางสังคมตามปกติ มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเศร้าโศกจากผลกระทบการขาดการติดต่อทางสังคมกับผู้อื่น ต้องแยกตัวออกจากสังคม ต้องทนอยู่กับสภาพแวดล้อมที่ไม่สามารถสื่อสารถึงความรู้สึกของตนเองได้ และขาดแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนทางจิตใจ (Brooks et al., 2020; Kar, 2020; San-tini et al., 2020) รวมทั้งความรู้สึกด้อยค่าหรือเป็นภาระแก่สังคมและครอบครัว การรับรู้ที่ผู้สูงอายุอาจไม่ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างที่ต้องการ เนื่องจากทรัพยากรในการดูแลไม่เพียงพอ (Chhetri et al., 2020; Lim et al., 2020; Rosen-baum, 2020) มีผลต่อสุขภาพจิต ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ก่อให้เกิดความเครียด และส่งผลทวิความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งการทำร้ายตัวเอง หรือเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ (Wand et al., 2018; Flint et al., 2020)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและเข้ารับการรักษา ในประเทศไทยปี 2564 จำนวน 9,089 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 0.08 อัตราส่วนผู้ป่วยชายต่อหญิงเท่ากับ 1 ต่อ 3.1 ผู้ป่วยร้อยละ 76.4 อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น อายุเฉลี่ย 70.01±7.28 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 66.6 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ผู้ป่วยร้อยละ 31.4 มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ 60-74 ปี (AOR = 1.27, 95%CI 1.06-1.53) และดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (AOR = 1.26, 95%CI 1.06-1.49) (ปิติคุณ เสดะปุระ และณัฐธกุล ไชยสงคราม, 2565) นอกจากอาการทางกายแล้วการแพร่ระบาดในสถานการณ์ดังกล่าว ยังส่งผลกระทบต่อปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เนื่องจากการระบาดของโรคโควิด 19 ที่ควบคุมไม่ได้ ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวลตั้งแต่ระดับปานกลางถึงรุนแรง (Pueyo, 2020; Wang

et al., 2020) โดยเฉพาะผู้สูงอายุมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ (Courtin & Knapp, 2017; Armitage, 2020; Fakoya et al., 2020; Lee, Jeong, & Yim, 2020; Wu, 2020)

ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ มีความสะเทือนใจง่าย และมีความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ หรือทำสิ่งต่าง ๆ ลดน้อยลงไป ขาดการแสวงหา การช่วยเหลือ ความสามารถในด้านต่าง ๆ ลดลง ไม่สามารถจัดการปัญหาได้เหมาะสม ขาดกำลังใจ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการเกิดปัญหาสุขภาพทางกายต่าง ๆ ตามมาได้ด้วย (นริสา วงศ์พนารักษ์ และ สายสมร เฉลยกิตติ, 2557; ญัฐิกา ราชบุตร, จิรัชญา เหล่าคมพฒณาจารย์, จิรภา วิลาวรรณ และช่อทิพย์ แดงพันธ์, 2564) โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบสูงเป็นอันดับแรกในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดภาระโรคสูง (Burden of disease) จากผลกระทบโรคโควิด 19 หรือผลต่อเนื่อง เช่น ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนาน การถูกจำกัดเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ทำให้สูญเสียทรัพยากร กำลังคน และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (Cao et al., 2020; Hao et al., 2020; Girdhar, Srivastava, & Sethi, 2020; Montemurro, 2020; Qiu, Shen, Zhao, Wang, Xie, & Xu, 2020; Rajkumar, 2020; Santini et al., 2020; Sigdel et al., 2020) ส่งผลให้มีความคิดทางลบตลอดเวลา รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอาจนำไปสู่การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย เนื่องจากถูกแยกจากสังคมและเกิดความวิตกกังวล (Laird et al., 2019; Lee et al., 2020; Office for National Statistics, 2020; Rana, 2020; Rout, 2020; Santini, et al., 2020) จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคซึมเศร้าที่เผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล กลัวการติดโรค กลัวการแยกออกจากครอบครัวหรือสังคม หรือความเครียดจากการขาดผู้ดูแลหรือโรคประจำตัวสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำ (Lee et al., 2020; Rodríguez-González et al., 2020; Yildirim & Solmaz, 2020; Burke-Garcia et al., 2021; Li et al., 2021; Ouanes et al., 2021; Pearman et al., 2021; Sams et al., 2021; Vannini et al., 2021)

ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นปัจจัยปกป้อง พื้นฟูและบรรเทาผลกระทบทางสุขภาพจิตด้านลบจากภาวะวิกฤต ไม่ให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีบทบาทสำคัญในการเอาชนะผลกระทบจากสถานการณ์ตึงเครียด ช่วยให้บุคคลปรับตัวเข้ากับสภาวะที่ไม่พึงประสงค์ได้ (Hill et al., 2018) เป็นกระบวนการความยืดหยุ่นของชีวิตหรือผลลัพธ์เกี่ยวกับลักษณะบุคลิกภาพของการปรับตัวในเชิงบวกภายในบริบทที่ดีเมื่อเผชิญกับความทุกข์ยาก ความเครียด สถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และวิกฤตด้านต่าง ๆ ที่บุคคลกำลังเผชิญ (Connor & Davidson, 2003; Fletcher & Sarkar, 2013; The American Psychological Association, 2015; Richards & Dixon, 2020) ความเข้มแข็งทางใจช่วยลดผลกระทบทางจิตด้านลบที่เกิดจากภัยพิบัติหรือเหตุการณ์ตึงเครียด บุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจจะมีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลในระดับที่ต่ำ สามารถฟื้นตัวได้เร็วในช่วงวิกฤต และก่อนเกิดความเครียด

(Osofsky et al., 2011; Blackmon et al., 2017) ผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งทางใจส่งผลต่อสุขภาพที่ดีขึ้น (MacLeod et al., 2016) ความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุมีเอกลักษณ์เฉพาะ คือ เป็นกระบวนการที่มีอิทธิพล สามารถนำเอาประสบการณ์ชีวิตมาช่วยในการฟื้นกลับของสุขภาพจิต เป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญของการป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า และเป็นความสามารถที่มีอยู่ในตนเอง สามารถนำมาใช้เมื่อต้องการเอาชนะปัญหา อุปสรรค หรือความยากลำบากที่เกิดขึ้น แสดงให้เห็นว่า หากมีการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีความเข้มแข็งทางใจ จะสามารถปรับตัว และฟื้นคืนกลับสู่ภาวะปกติภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤติหรือสถานการณ์ที่เกิดความยากลำบากในชีวิต พร้อมเผชิญปัญหาและอุปสรรคหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ไม่คาดฝันในชีวิต สามารถใช้วิกฤติเป็นโอกาส สามารถจัดการกับปัญหาหรือวิกฤติต่าง ๆ และฟื้นตัวของสภาวะจิตใจที่ดีขึ้น กลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติอย่างมีความสุขตามอัตภาพได้ มีพลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไปได้หลังจากผ่านพ้นเหตุการณ์ที่ไม่ดี สามารถดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (มูจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2557; สุวรรณอรุณพงศ์ ไพบูล และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2558; อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559; Barzilay et al., 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าสูงมีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับต่ำ และสอดคล้องกับ Hardy et al. (2004) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจเช่นกัน ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าจะสร้างความเข้มแข็งทางใจผ่านการทำสมาธิ การฝึกสติ การปล่อยวางกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงพอใจเป็นที่พึงและพร้อมที่จะเผชิญปัญหาต่อไป (กันต์ฤทัย ปานทอง และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2561) เช่นเดียวกับการศึกษาของเพอร์นา (Perna et al., 2012) พบว่า ความเข้มแข็งทางใจจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งท่ามกลางการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อาการซึมเศร้าที่รุนแรงมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ทางใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความเข้มแข็งทางใจต่ำ จากการศึกษาพบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ (Barzilay et al., 2020; Rodríguez-González et al., 2020; Burke-Garcia et al., 2021; Kaye-Kauderer et al., 2021; Li et al., 2021; Ouanes et al., 2021; Pearman et al., 2021; Sams et al., 2021; Vannini et al., 2021) ผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าสูงจะมีระดับความเข้มแข็งทางใจต่ำ (Lu et al., 2017; Rodríguez-González et al., 2020; Burke-Garcia et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของแฮม และคณะ (Hamm et al., 2020) พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มเสี่ยงการแพร่ระบาดมีความเข้มแข็งทางใจลดลง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้น เนื่องจากถูกทิ้งห่างจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าหรือปัญหาทางด้านอารมณ์ เกิดผลกระทบทางลบ เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ และส่งผลกระทบต่อระบบรุนแรง เช่น พยายามทำร้ายตนเอง ฆ่าตัวตาย

ความวิตกกังวล การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ผู้สูงอายุทันทูทุกข์ทรมานทางจิตใจ เกิดความวิตกกังวลว่าตนเองหรือบุคคลในครอบครัวอาจติดเชื้อไวรัส ป่วย และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และกังวลเกี่ยวกับมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายของโรคระบาด ผลกระทบจากความกังวล ทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทางใจลดลง (Barzilay et al., 2020; Lee et al., 2020; Rodríguez-González et al., 2020; Burke-Garcia et al., 2021; Li et al., 2021; Ouanes et al., 2021; Pearman et al., 2021; Vannini et al., 2021) ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ (Burke-Garcia et al., 2021; Pearman et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ คิลกอร์ และคณะ (Killgore et al., 2020) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจในสถานการณ์ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19

ความเครียดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบุคคลจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ความเครียดเรื้อรังอาจนำไปสู่อัตราที่สูงขึ้นของโรคที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพจิต พบความเครียดมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ (Lee et al., 2020; Rodríguez-González et al., 2020; Burke-Garcia et al., 2021; Li et al., 2021; Ouanes et al., 2021; Pearman et al., 2021; Vannini et al., 2021) จากการศึกษาของ วิงเกอร์ และคณะ (Vinkers et al., 2020) กล่าวว่า ผลกระทบของโรคระบาดในปัจจุบันต่ออับดีการณและความรุนแรงเกี่ยวข้องกับความเครียด ความเข้มแข็งทางใจมีบทบาทสำคัญในการอธิบายปัญหาที่เกิดขึ้น ผลกระทบจากอารมณ์ทางลบ (Negative emotional) ของผู้สูงอายุในช่วงการระบาด เช่น ความกลัว ความเครียด ความเหงา และความโดดเดี่ยวทางสังคม มีผลทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ และความผาสุก (Plagg et al., 2020; Kaye-Kauderer et al., 2021; Sam et al., 2021) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ (Burke-Garcia et al., 2021; Vannini et al., 2021) การรับมือกับความเครียดในช่วงการระบาดใหญ่ของไวรัสโคโรนาควรให้ความสำคัญกับความเข้มแข็งทางใจ

การสนับสนุนจากครอบครัว บุคคลที่อยู่ภายในครอบครัวหรือบุคคลที่ใกล้ชิดสามารถเป็นแหล่งประโยชน์ในเรื่องปัจจัยความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุได้ ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวที่ไม่ดีมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าถึง 6.125 เท่าของการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยอื่น (Oliveira, Santos, & Pavarini, 2014) แรงสนับสนุนทางครอบครัวที่ลดลง และขาดความช่วยเหลือ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้ง (Abandonment) และความว่างเปล่าทางจิตใจ (Psychological emptiness) ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าและโรคซึมเศร้า (Marinho et al., 2010; Oliveira, Santos, & Pavarini, 2014) การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งในการรับมือกับภาวะวิกฤตในชีวิต โดยเฉพาะผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 (Fuller & Huseth-Zosel, 2020) เพราะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้น (Lee et al., 2020; Rodríguez-González et al., 2020; Li et al., 2021; Hung, 2022)

การสนับสนุนของครอบครัว และขนาดของเครือข่ายสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเข้มแข็งทางใจ รวมทั้งทำหน้าที่เป็นตัวป้องกันผลกระทบด้านลบของความเข้มแข็งทางใจ (Lee et al., 2020; Rodríguez-González et al., 2020; Burke-Garcia et al., 2021; Li et al., 2021; Hung, 2022) นอกจากนี้ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโดยทั่วไป (MacLeod et al., 2016; กัลยรัตน์ ศรีกล้า และคณะ, 2562; Li et al., 2021; มะลิ โพธิพิมพ์ และคณะ, 2564) สำหรับในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า ร้อยละ 80 ผู้สูงอายุรู้สึกมีกำลังใจเมื่อได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่ โดยเฉพาะจากบุคคลในครอบครัว ลูกหลานญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หรือคนในชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2564) แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนจากแหล่งทรัพยากรภายนอก การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านทรัพยากร การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า ทักษะทางสังคม และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีและมีประสิทธิภาพที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งทางใจ มีความสุข เพิ่มความทนต่อความเครียด (Maneerat et al., 2011; MacLeod et al., 2016) นั่นคือ แรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ (กัลยรัตน์ ศรีกล้า และคณะ, 2562; มะลิ โพธิพิมพ์ และคณะ, 2564; Li et al., 2021)

พฤติกรรมกำบังโรคโควิด 19 เป็นการกระทำใด ๆ ของบุคคลที่ปฏิบัติในระบะที่ยังไม่มีอาการของโรค ด้วยความเชื่อที่ว่าจะทำให้มีสุขภาพดี จะทำให้เกิดความภาคภูมิใจที่ได้พบวิธีรับมือกับปัญหาและความเข้มแข็งทางใจเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์วิกฤติ บุคคลมักแสดงความเอื้อเฟื้อและร่วมมือร่วมใจกัน และรู้สึกดีมากกว่าที่ช่วยเหลือผู้อื่น เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ (Yildirim & Arslan, 2020) อีกทั้งการมีส่วนร่วมของบุคคลในพฤติกรรมกำบังโรคโควิด 19 มีความสำคัญอย่างยิ่งในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและสนับสนุนทางจิตใจผู้สูงอายุ (Lim et al., 2021) จากการศึกษาของ ยิลดิริม และอาร์สลาน (Yildirim & Arslan, 2020) พบว่า พฤติกรรมกำบังโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเข้มแข็งทางใจ นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจในผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ (ประภาศรี ปัญญาวิรัชชัย และภวมัย กาญจนจิรากร, 2565)

จากการศึกษาสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า เขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด คือ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร และอำนาจเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับแรกของเขตสุขภาพที่ 10 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) จากรายงานการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 จังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวนผู้ติดเชื้อเป็นลำดับที่ 6 ของประเทศไทย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) จากสถิติการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ของศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต (2564) พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จำนวน 1,069 คน

(ร้อยละ 60.12) และมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (8Q) จำนวน 139 คน (ร้อยละ 70.56) จึงคาดการณ์ว่า ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา จังหวัดอุบลราชธานี ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีโอกาสทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายสูง และจากการศึกษาในผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่า มีโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง (Severely depressed) ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรู้เรื่องความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ต้องเผชิญกับการแพร่ระบาดของโรคโควิดยังมีการศึกษาจำนวนน้อย โดยส่วนใหญ่พบในการศึกษาในผู้สูงอายุทั่วไปที่มีสุขภาพดีหรือมีโรคเรื้อรัง ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จากการศึกษาที่ผ่านมาพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้แก่ ความเครียด อาการซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนจากครอบครัว ความโดดเดี่ยว การเข้าถึงบริการ การรักษาระยะห่างทางสังคม (Barzilay et al., 2020; Killgore et al., 2020.; Lee et al., 2020; Rodríguez-González et al., 2020; Vinkers et al., 2020; Burke-Garcia et al., 2021; Kaye-Kauderer et al., 2021; Li et al., 2021; Paredes et al., 2021; Pearman et al., 2021; Perez-Rojo et al., 2022; Sams et al., 2021; Vannini et al., 2021; Verdolini et al., 2021) ในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป และผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แต่ยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า นอกจากนั้น ปัจจัยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และการสนับสนุนจากครอบครัว ส่งผลต่อสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ (Lee et al., 2020; Rodríguez-González et al., 2020; Yildirim & Arslan, 2020; Burke-Garcia et al., 2021; Li et al., 2021; Lim et al., 2021; Álvarez & Pinto, 2023) แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 โดยคาดว่าสามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจได้โดยเฉพาะบริบทเขตสุขภาพที่ 10 เขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จำนวนมาก เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน ป้องกัน ส่งเสริม และการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าให้มีความเข้มแข็งทางใจ สามารถดำเนินชีวิตผ่านภาวะวิกฤตโรคระบาด ปรับตัวเข้าสู่ชีวิตวิถีใหม่ และมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายของความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ได้แก่ อาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 อาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และการสนับสนุนจากครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้หรือไม่ อย่างไร

1.3.2 อาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหรือไม่ อย่างไร

1.4 ตัวแปรที่ใช้ศึกษา

1.4.1 ตัวแปรต้น (Independent variable) คือ อาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

1.4.2 ตัวแปรตาม (Dependent variable) คือ ความเข้มแข็งทางใจ

1.5 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช

โรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 137 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์

1.6 นิยามศัพท์การวิจัย

1.6.1 อาการซึมเศร้า หมายถึง เป็นความผิดปกติของอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมทางลบ ที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทางลบ และมีอาการและอาการแสดงทางด้านอารมณ์ เช่น รู้สึกหดหู่ เศร้า เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข มีความวิตกกังวลมาก รู้สึกกลัวรู้สึกไม่มีค่า โดดเดี่ยว ท้อแท้ หงุดหงิดง่าย หมดกำลังใจ สิ้นหวัง และน้อยใจ ด้านความคิด เช่น สมาธิลดลง เหม่อลอย หลงลืมง่าย คิดซ้ำ หรือหยุดความคิดไม่ได้ คิดมาก ความสามารถในการตัดสินใจลดลง คิดไม่อย่างมีชีวิตอยู่และคิดฆ่าตัวตาย ด้านร่างกายและพฤติกรรม เช่น นอนไม่หลับ มักตื่นขึ้นมากลางดึกแล้วไม่สามารถหลับต่อได้ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เบื่ออาหาร ใจสั่น และอ่อนเพลีย การเคลื่อนไหวช้าลง ไม่อยากทำอะไร อยากอยู่เฉยๆ ซึม พูดน้อยลงหรือไม่อยากพูดกับใคร โดยประเมินจากแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย ของ รังสิมันต์ สุนทรไชยา และคณะ (2561) จำนวนข้อคำถาม 16 ข้อ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ (1) ความซึมเศร้า มีข้อคำถาม 12 ข้อ และ (2) ความคิดฆ่าตัวตาย มีจำนวน 4 ข้อคำถาม

1.6.2 ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกหรือสภาวะอารมณ์ที่ถูกกดดันหรือบีบคั้น เกิดความไม่สมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม เช่น ขาดความสนใจสิ่งรอบตัว ใจลอย ไม่สบายใจ กลัว วุ่นวายใจ และสูญเสียความสามารถในการจัดการกับชีวิตของตนเอง ส่งผลให้การเผชิญปัญหาและผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ลดลง มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ประเมินโดยแบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2563) จำนวน 5 ข้อ

1.6.3 ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่ตอบสนองต่อความกังวล หรือความกลัว เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์แปลกใหม่ ทำให้สูญเสียหน้าที่ มีปัญหาด้านการนอน รู้สึกเหมือนขาดที่พึ่ง หมดหวัง ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานของสมอง เช่น ความคิด ความจำ และทักษะการแก้ปัญหาลดลง ประเมินโดยแบบประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้น (Geriatric Anxiety Scale Ten-Item Short Form: GAS-10) ของ มูลเลอร์ และคณะ (Mueller et al., 2015) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม และคณะ (2564) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับอาการวิตกกังวล ได้แก่ อาการทางกาย อาการทางความคิดสติปัญญา และอาการทางด้านจิตใจ

1.6.4 การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์หรือจิตใจ โดยการให้บุคคลรู้สึกว่าคุณได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้ความรู้

คำแนะนำ และแนวทางในการแก้ไขปัญหา ด้านวัตถุประสงค์ของ การให้ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุประสงค์ สิ่งของ เงินทอง และการจัดเตรียม การจัดหาอุปกรณ์ ประเมินโดยแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) นำมาใช้โดย เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) จำนวน 12 ข้อ

1.6.5 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 หมายถึง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเอง และผู้อื่น ในระหว่างที่เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการใช้มือ สัมผัสใบหน้า ขยี้ตา แคะจมูก และสัมผัสปาก ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายและสัญญาณชีพ เว้นระยะห่างทางสังคม หลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ชุมชน สังเกตอาการผิดปกติในร่างกาย และการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์หรือทางเลือกอื่น เพื่อรับยาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาล/สถานบริการ ประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ นงศ์ณพัทธ์ มณีอินทร์ และอิทธิพล ดวงจินดา (2564) รวมจำนวน 24 ข้อ

1.6.6 ความเข้มแข็งทางใจ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับมือกับผลกระทบหรือความสามารถในการฟื้นกลับจากเหตุการณ์ร้ายในชีวิต การปรับตัวเชิงบวกในการเผชิญกับความเครียดและความทุกข์ยากในระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเมินโดยแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ Connor-Davidson Resilience Scale (10-Item CD-RISC) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back Translation) โดย นพพร ว่องสิริมาศ (2558) มีข้อคำถาม 10 ข้อ

1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำ แนวคิดของคอร์เนอร์ และเดวิดสัน ที่อธิบายว่าความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นความสามารถของบุคคลในการปกป้องตนเองให้สามารถผ่านพ้นสถานการณ์อันยากลำบากในชีวิต โดยได้รับผลกระทบหรือความเสียหายน้อยที่สุด ความเข้มแข็งทางใจเป็นลักษณะทางจิตวิทยาที่ส่งเสริมการปรับตัวในเชิงบวกเมื่อเผชิญกับความทุกข์ยาก (Connor & Davidson, 2003) บุคคลจะปรับร่างกาย จิตใจ ให้เข้ากับสถานการณ์ในชีวิตปัจจุบัน ภายใต้ 5 องค์ประกอบ คือ 1. สมรรถนะส่วนบุคคล การแสดงออกทางความคิดและพฤติกรรม ในการเผชิญกับอุปสรรคของตนเอง 2. ความเชื่อมั่นในตนเอง ความอดทนต่อผลกระทบด้านลบ และการเสริมสร้างผลกระทบจากความเครียด 3. การยอมรับการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก และความสัมพันธ์ที่มั่นคง 4. ความสามารถในการควบคุมตนเอง และ 5. อิทธิพลต่อจิตใจ การประเมินสิ่งเร้าภายนอกที่มีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรม ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญภาวะยากลำบาก เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือการเผชิญกับสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ จะทำให้เกิดภาวะเครียด ซึมเศร้า สูญเสียคุณค่าในตนเอง จาก

การทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ อาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ สามารถเผชิญกับปัญหาหรือเหตุการณ์ร้ายในชีวิต และสามารถปรับตัวต่อภาวะเสี่ยง รวมทั้งการปรับตัวต่อความยากลำบากในชีวิต เป็นการสร้างความเข้มแข็งทางใจให้สามารถทนต่อปัญหาอุปสรรคและสถานการณ์วิกฤตของชีวิตได้อย่างเหมาะสม นำมาซึ่งความสำเร็จในการฟื้นคืนสภาพสามารถดำรงชีวิตให้เป็นปกติสุข (Hardy et al., 2004; มะลิสสา งามศรี, หงษ์ บรรเทิงสุข, ดรุณี ใจสว่าง, โชติกา สมสุวรรณ และอภิญา เยาวบุตร, 2564)

ในการศึกษาครั้งนี้ เหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน คือ การเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ผู้วิจัยจึงคัดเลือกปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ได้แก่ อาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 โดยอธิบายรายละเอียดดังนี้

1. อาการซึมเศร้า เป็นอาการที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม และความคิด ที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ในสภาวะที่ยากลำบาก ทั้งการเจ็บป่วยทางกาย การสูญเสีย การเกิดความเครียด การประเมินศักยภาพของตนเองด้านลบต่อการเผชิญปัญหาต่าง ๆ คิดว่าเป็นสิ่งที่เกินความสามารถตนเอง นอกจากนั้น อาการซึมเศร้าอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง ฮอร์โมนและความผิดปกติด้านอารมณ์ พบว่า หากผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าที่สูงจะมีระดับความเข้มแข็งทางใจต่ำ เนื่องจากอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นอาการทั้งทางด้านร่างกาย โดยการปฏิบัติชีวิตประจำวันลดลง อารมณ์หดหู่ ไม่มั่นคง เบื่อหน่าย น้อยใจ การคิดเชิงลบ โดยคิดว่าตัวเองไร้ค่า ไร้ความหมาย หรือไม่อยากมีชีวิตอยู่ ไม่อยากทำอะไร ทางด้านสังคม ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ขาดปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นต้น อาการเหล่านี้ส่งผลต่อการปรับตัวหรือความเข้มแข็งทางใจเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากในชีวิต เช่น โรคระบาด เป็นต้น (Lu et al., 2017; Rodríguez-González et al., 2020; Burke-Garcia et al., 2021; Verdolini et al, 2021; Perez-Rojo et al., 2022)

2. ความเครียด เป็นความรู้สึกหรือสภาวะอารมณ์ที่ถูกกดดันหรือบีบคั้น เกิดความไม่สมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม เช่น ขาดความสนใจสิ่งรอบตัว ใจลอย ไม่สบายใจ กลัว วุ่นวายใจ และสูญเสียความสามารถในการจัดการกับชีวิตของตนเอง ส่งผลให้การเผชิญปัญหาและผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ลดลง ทำให้การฟื้นคืนสู่ความเข้มแข็งทางใจลดลง จากการศึกษาพบว่า การรับมือกับความเครียดในช่วงการระบาดใหญ่ของไวรัสโคโรนา ควรให้ความสำคัญกับความเข้มแข็งทางใจ และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ เนื่องจากความเครียดเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อระบบประสาทส่วนกลางรับรู้อันตราย ซึ่งจะทำให้ร่างกายปลดปล่อยฮอร์โมนคอร์ติซอล เพื่อเตรียมตัวให้พร้อมสำหรับการต่อสู้หรือการหนีอันตราย ความเครียดที่สูงหรือระบบประสาทส่วนกลางที่ไม่สามารถ

ควบคุมได้อาจส่งผลให้ร่างกายปลดปล่อยคอร์ติซอลมากเกินไป อย่างไรก็ตามหากสามารถทนต่อความเครียดได้จะทำให้เกิดความเข้มแข็งทางใจ (Burke-Garcia et al., 2021; Vannini et al., 2021)

3. ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่ตอบสนองต่อความกังวล หรือความกลัว เกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด 19 โดยกังวลว่าตนเองหรือบุคคลในครอบครัวอาจติดเชื้อไวรัส ป่วย เสี่ยงต่อการเสียชีวิต และกังวลเกี่ยวกับมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม ความรู้เข้าใจเกี่ยวกับอันตรายของโรคระบาดนี้ผลกระทบจากความกังวลเหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุขาดการปรับตัวหรือความเข้มแข็งทางใจลดลง จากการศึกษา พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ โดยความวิตกกังวลลดการมีสมาธิ และมีผลกระทบต่อระบบประสาท ส่งผลให้ผู้ที่มีความวิตกกังวลรู้สึกอึดอัด กลัว หรือหงุดหงิด ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับจิตใจหรือลดความเข้มแข็งทางใจ (Killgore et al., 2020.; Burke-Garcia et al., 2021; Paredes et al., 2021.; Pearman et al.; 2021)

4. การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้เกี่ยวกับโรคคำแนะนำการปฏิบัติตัว ตลอดจนการสนับสนุนด้านการเงิน สิ่งของ การได้รับความเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจ จากการศึกษา พบว่า ขนาดของเครือข่ายสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเข้มแข็งทางใจ และการสนับสนุนจากครอบครัว รวมทั้งทำหน้าที่เป็นตัวป้องกันผลกระทบด้านลบของความเข้มแข็งทางใจ (Lee et al., 2020; Rodríguez-González et al., 2020; Burke-Garcia et al., 2021; Li et al., 2021; Hung, 2022) เนื่องจาก ครอบครัวมักเป็นกลุ่มสนับสนุนที่สำคัญสำหรับบุคคลในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ใจหรือความลำบาก การได้รับความเข้าใจและการสนับสนุนจากครอบครัวช่วยลดความเครียดและเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ดังนั้น การสนับสนุนจากครอบครัว จึงทำให้บุคคลมีความสัมพันธ์ที่มั่นคง ยอมรับการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกสามารถควบคุมอารมณ์เหนือสถานการณ์ได้ เกิดความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้น

5. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เป็นการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองและผู้อื่นในระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การมีส่วนร่วมของบุคคลในพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสำคัญอย่างยิ่งในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ (Lim et al., 2021) จากการศึกษาของ ยิลดิริม และอาร์สแลน (Yildirim & Arslan, 2020) พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเข้มแข็งทางใจ เนื่องจาก การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 เช่น การล้างมือ การสวมหน้ากาก การรักษาระยะห่างสังคม เป็นการดูแลสุขภาพทางร่างกาย ที่สามารถป้องกันการติดเชื้อและรักษาสุขภาพดี การรักษาสุขภาพทางร่างกายและการมีความรู้เกี่ยวกับวิธีป้องกันโรค สามารถลดความกังวลและความเครียดได้เป็น อีกทั้งยังสามารถเสริมความเข้มแข็งทางใจได้เป็นอย่างดี

ดังนั้น ปัจจัยที่เลือกมาศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทั้งเชิงบวก ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบ ได้แก่ อาการซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล ดังแสดงในภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.8 สมมติฐานการวิจัย

1.8.1 อาการซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

1.8.2 การสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

1.8.3 ปัจจัยด้านอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 สามารถร่วมกันทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1.9.1 เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

1.9.2 เป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบและคุณภาพของการพยาบาลจิตเวชและ
สุขภาพจิต ในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์โรคระบาด



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวินิจฉัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ผู้วิจัยศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากการรวบรวม เอกสารแนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวินิจฉัย โดยศึกษา รายละเอียดในประเด็นที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 2.1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
 - 2.1.2 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
 - 2.1.3 อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
 - 2.1.4 การประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
 - 2.1.5 ผลกระทบของโรคโควิด 19 ต่อผู้สูงอายุ
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีความเข้มแข็งทางใจ
 - 2.2.1 ความหมายของความเข้มแข็งทางใจ
 - 2.2.2 องค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจ
 - 2.2.3 การประเมินความเข้มแข็งทางใจ
 - 2.2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง/สัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุ
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
 - 2.3.1 ความหมายของความเครียด
 - 2.3.2 ทฤษฎีความเครียด
 - 2.3.3 ผลของความเครียดต่อชีวิต
 - 2.3.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด
 - 2.3.5 การประเมินความเครียด
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล
 - 2.4.1 ความหมายของความวิตกกังวล
 - 2.4.2 สาเหตุของความวิตกกังวล
 - 2.4.3 ระดับของความวิตกกังวล
 - 2.4.4 ประเภทของความวิตกกังวล
 - 2.4.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวล

- 2.4.6 การประเมินความวิตกกังวล
- 2.5 แนวคิดการสนับสนุนจากครอบครัว
 - 2.5.1 ความหมายของการสนับสนุนจากครอบครัว
 - 2.5.2 ประเภทของการสนับสนุนจากครอบครัว
 - 2.5.3 การประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว
- 2.6 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19
 - 2.6.1 ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19
 - 2.6.2 แนวทางในการป้องกันโรคโควิด 19
 - 2.6.3 การประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

มีนักวิชาการจำนวนมากตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ได้ให้ความหมายของ “โรคซึมเศร้า (Depression)” ในหลาย ๆ ความหมาย เช่น

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2013) กล่าวว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางระบบประสาทชนิดหนึ่ง ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติทางด้านจิตใจ ความรู้สึก และอารมณ์มีความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงอย่างมาก มักจะมีอาการอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป นอกจากนี้ ยังมีอาการนอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป มีอาการน้ำหนักลด และไม่ยอมอาหารร่วมอยู่ด้วย อาการผิดปกติดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่มีความรู้สึกอยากทำกิจกรรมใด ๆ เนื่องจากความคิดว่าตัวเองไร้ค่า ไร้ประโยชน์ต่อทั้งตนเองและผู้อื่น มีความรู้สึกหดหู่ มีความรู้สึกเศร้า และรู้สึกผิดอยู่ตลอดเวลา บางรายอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุต้องทนทุกข์ทรมานจากจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้คุณค่า และตำหนิตัวเอง ความภาคภูมิใจ และความมั่นใจตัวเองลดลง ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม พบอาการทางกายร่วมด้วย เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ความสนใจทางเพศลดลง เป็นต้น

ผู้วิจัยจึงสรุปความหมายของ “โรคซึมเศร้า” ว่าหมายถึง ความผิดปกติทางด้านจิตใจ (Psychological) และอารมณ์ (Emotional) ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ด้านร่างกาย เช่น การทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายมีประสิทธิภาพลดลง นอนไม่หลับ รู้สึกเบื่ออาหาร และ

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ส่งผลให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกหดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง ความภาคภูมิใจและความมั่นใจตัวเองลดลง ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านกระบวนการความคิด และการรับรู้ มองตนเอง โลก และอนาคตในแง่ลบ รู้สึกสิ้นหวัง มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง ในรายที่รุนแรงจะมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง และพยายามฆ่าตัวตาย

2.1.2 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

ระบบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงถือตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ทั่วไป ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า 2 ระบบ ได้แก่ การวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5: DSM-5) และการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (International Classification of Diseases and Health Related Problems – 10: ICD - 10) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558)

2.1.2.1 เกณฑ์การวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5: DSM-5) มีเกณฑ์ว่า

(1) ผู้เป็นโรคซึมเศร้าต้องมีอาการอย่างน้อย 5 อาการ หรือมากกว่า ต้องมีอาการในข้อ 1 หรือ ข้อ 2 อย่างน้อย 1 ข้อ เกิดขึ้นแทบทั้งวันและเกือบทุกวัน ติดต่อกันไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ อาการต่าง ๆ เหล่านี้ ได้แก่

1. มีอารมณ์ซึมเศร้า
2. ความสนใจหรือความสุขใจในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด หรือแทบทั้งหมด ลดลงอย่างมาก

3. น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นจากการคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน

4. นอนไม่หลับ หรือหลับมาก
5. กระวนกระวายอยู่ไม่สุขหรือทำกิจกรรมเชิงซ้าลง
6. อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรง
7. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป
8. สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้
9. มีความคิดอยากตาย

(2) อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือทำให้การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม หรือหน้าที่ด้านอื่น ๆ ที่สำคัญบกพร่องลงอย่างชัดเจน

(3) อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางกาย หรือการใช้สารเสพติด

2.1.2.2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1992) มีเกณฑ์ว่า

(1) มีกลุ่มอาการซึมเศร้าเป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวันต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์ อาการหลัก (Typical symptoms) ที่ต้องมีอย่างน้อย 2 ข้อ คือ

1. อารมณ์เศร้าเป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวัน
2. ความสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลงมากหรือไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไรหรือไม่รู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลินในสิ่งที่เคยเพลิดเพลินเป็นเกือบทุกวัน

3. อ่อนเพลียง่าย เหนื่อยง่าย ไม่มีเรี่ยวแรงเป็นเกือบทุกวัน

(2) อาการรอง (Associated symptoms) ต้องมีอย่างน้อย 4 ข้อ คือ

1. ขาดความเชื่อมั่นความภาคภูมิใจในตนเองหายไป
2. ชอบตำหนิตนเองหรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ
3. คิดอยากตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย
4. สมาธิไม่ดี คิดไม่ออก หรือตัดสินใจลำบาก
5. การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำหรือกระวนกระวายอยู่ไม่สุข
6. นอนไม่หลับหรือนอนมาก
7. น้ำหนักลดลงอย่างมากโดยที่ไม่ได้ตั้งใจอดอาหารหรือเพิ่มอย่างมาก

(3) ไม่เคยมีอาการไฮโปแมเนีย (Hypomania) หรือแมเนีย (Mania) ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา

(4) อาการไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติดหรือโรคทางกาย

การแบ่งระดับอาการซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม ICD-10 สามารถแบ่งได้ ดังนี้ อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (มีอาการหลัก 2 ข้อ และอาการรอง 4 ข้อ) อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (มีอาการหลัก 2 ข้อ และอาการรอง 6 ข้อ) และอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (มีอาการหลักและอาการรองทุกข้อ)

สำหรับรหัสโรคที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม ICD-10 ได้แก่

- F32.0 อารมณ์ซึม เศร้าชั่วคราวชั่วคราวไม่รุนแรง (Mild depressive episode)
- F32.1 อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวชั่วคราวปานกลาง (Moderate depressive episode)

- F32.2 อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวครั้งชั่วคราวรุนแรงแต่ไม่มีอาการโรคจิต (Severe depressive episode without psychotic symptoms)
- F32.8 อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวครั้งชั่วคราวแบบอื่น (Other depressive episodes)
- F32.9 อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวครั้งชั่วคราวจากสาเหตุที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด (Depressive episode, unspecified)
- F33.0 อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำหลังเกิดขึ้นไม่รุนแรง (Recurrent depressive disorder, current episode mild)
- F33.1 อารมณ์ซึมเศร้าที่กลับเป็นใหม่ กำลังมีอาการเกิดขึ้นอาการปานกลาง (Recurrent depressive disorder, current episode moderate)
- F33.2 อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ กำลังเกิดขึ้นรุนแรง ไม่มีอาการโรคจิต (Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms)
- F33.4 อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำระยะหาย (Recurrent depressive disorder, currently in remission)
- F33.8 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดขึ้นซ้ำแบบอื่น (Other recurrent depressive disorder)
- F33.9 อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำจากสาเหตุที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด (Recurrent depressive disorder, unspecified)

2.1.3 อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ความหมายของอาการซึมเศร้า ได้มีนักวิชาการให้ความหมาย ดังนี้ เบ็ค (Beck, 1967) ให้ความหมายของ “อาการซึมเศร้า” เป็นความรู้สึกแปรปรวนทางด้านอารมณ์ ความคิด และจิตใจ ส่งผลต่อร่างกายและพฤติกรรมที่แสดงออกมาผ่านความคิดทางด้านลบเกี่ยวกับตนเอง จนเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเองและผู้อื่น เศร้า หดหู่ ท้อแท้ และขาดแรงจูงใจ ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน เช่น เบื่ออาหาร ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อม และนอนไม่หลับ

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย (2553) กล่าวว่า อาการซึมเศร้าเป็นอาการที่เป็นผลมาจากความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ ลึ้นหวัง เคลื่อนไหวเชื่องช้า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และนอนไม่หลับ อาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย

ธรรมชาติ เจริญบุญ และคณะ (2562) กล่าวว่า อาการซึมเศร้าเป็นความรู้สึกที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในทางลบ แสดงถึงประสบการณ์ของความเจ็บปวดทางด้านจิตใจ เช่น เศร้า หดหู่ใจ และทรมานใจ

ในผู้สูงอายุจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าได้ง่าย เนื่องจากอารมณ์และความรู้สึกแปรปรวน หรือความเศร้าจากการใช้ชีวิต เช่น อยู่คนเดียว ไม่มีลูกหลานดูแล (นันทนา สุภาพคำ และวิทยา ทองดี, 2565) อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้า มีอาการแตกต่างจากผู้ป่วยในวัยอื่น ๆ จะมีอาการทางด้านร่างกายเด่นชัด คือ จะมีความรู้สึกที่ไม่สุขสบายทางร่างกายอย่างมาก ความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง มีอาการนอนไม่หลับ หรือรู้สึกง่วงนอนหลับๆ ตื่นๆ (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557; สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2558) ส่วนด้านอารมณ์ จะมีความรู้สึกหดหู่อย่างมาก จนถึงขั้นท้อแท้ สิ้นหวัง และในที่สุดจะมีความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ แต่สำหรับผู้สูงอายุบางคน อาจพบว่าความผิดปกติทางด้านอารมณ์มีอาการไม่เด่นชัดมากนัก (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2559)

ลักษณะอาการทางคลินิกที่พบในผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้า (พิชัย อัญญสกุล และศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2558; เขาวนาถ คำแก้ว, 2561) ประกอบด้วย

2.1.3.1 มีอาการทางกาย หรือร่างกายไม่สุขสบาย เช่น นอนไม่หลับ มักตื่นขึ้นมา กลางดึกแล้วไม่สามารถหลับต่อได้หรือตื่นเร็วกว่าปกติ ความอยากในการรับประทานอาหารลดลง น้ำหนักลด อาหารไม่ย่อย ท้องอืด ท้องเฟ้อ คลื่นไส้อาเจียน อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายขึ้น ไม่มีแรง มีลักษณะมีนงงของสมอง และปวดตามร่างกาย

2.1.3.2 อาการด้านอารมณ์ เป็นการแสดงออกด้านความรู้สึกเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองต่อความคิดหรือเหตุการณ์ต่างๆที่เข้ามาในชีวิตได้แก่ อารมณ์เบื่อหน่าย หดหู่ใจ ไม่มีความสุข มีความวิตกกังวลมาก รู้สึกกลัวรู้สึกไม่มีค่า โดดเดี่ยวท้อแท้ หงุดหงิดง่าย ความรู้สึกที่หมดกำลังใจ สิ้นหวัง และน้อยใจ หมดอาลัยตายอยาก

2.1.3.3 อาการด้านความคิด เป็นการแสดงลักษณะเนื้อหาและกระบวนการคิดที่ผิดปกติ ได้แก่ คิดวนเวียนและวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง ผู้ป่วยมักจะวิตกกังวลว่าอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและรักษาไม่หาย สมาธิลดลง เหม่อลอย หลงลืมง่าย คิดซ้ำ หรือหยุดความคิดไม่ได้ คิดมาก มองทุกอย่างรอบตัวแย่ไปหมด ความสามารถในการตัดสินใจลดลง คิดไม่อยากมีชีวิตอยู่และคิดฆ่าตัวตาย

โดยสรุป อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีอาการและอาการแสดงด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และด้านความคิด โดยผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยอาการทางร่างกายและพฤติกรรม มากกว่าด้านอารมณ์และความคิด อาการซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของ

อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมทางลบ ที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทางลบ และมีอาการและอาการแสดงทางด้านอารมณ์ เช่น รู้สึกหดหู่ เศร้า เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข มีความวิตกกังวลมาก รู้สึกกลัว รู้สึกไม่มีค่า โดดเดี่ยว ท้อแท้ หงุดหงิดง่าย หดหู่กำลังใจ สิ้นหวัง และน้อยใจ ด้านความคิด เช่น สมาธิลดลง เหม่อลอย หลงลืมง่าย คิดซ้ำ หรือหยุดความคิดไม่ได้ คิดมาก ความสามารถในการตัดสินใจลดลง คิดไม่อย่างที่มีชีวิตอยู่และคิดฆ่าตัวตาย ด้านร่างกายและพฤติกรรม เช่น นอนไม่หลับ มักตื่นขึ้นมากลางดึกแล้วไม่สามารถหลับต่อได้ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เบื่ออาหาร ใจสั่น และอ่อนเพลีย การเคลื่อนไหวช้าลง ไม่อยากทำอะไร อยากรู้อยู่เฉยๆ ซึม พูดน้อยลงหรือไม่อยากพูดกับใคร

2.1.4 การประเมินอาการซึมเศร้า

2.1.4.1 ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

ระดับและความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ สามารถแบ่งออกเป็นระดับต่าง ๆ ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญวิชัย, 2554)

(1) อาการซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) พบได้ในผู้สูงอายุทั่วไป ในบางครั้ง เป็นภาวะอารมณ์ที่รู้สึกหดหู่ ไม่สดชื่นแจ่มใส เศร้า เหงาหงอยชั่วครั้งคราว มักจะชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตน ความตั้งใจและสมาธิในการทำงานลดลง แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

(2) อาการซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) อาการในระยะนี้จะรุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบต่อการทำงาน ครอบครัวย และหน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้

(3) อาการซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างชัดเจน เกิดขึ้นอยู่นาน และตลอดเวลา ทำให้เกิดความรู้สึกไร้ความหวัง ไร้คุณค่าในตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ทำให้มีความคิดเกี่ยวกับการตาย อยากรู้อฆ่าตัวตาย ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตัว แทบจะไม่มีเคลื่อนไหว ในผู้สูงอายุบางรายอาจมีพฤติกรรมซึมเฉย แยกตัว นิ่งนิ่งๆ เฉยๆ ทำเดี๋ยวก้นนาน ๆ หรืออาจมุดลูกมุดนั่ง กระวนกระวาย จังหะในการพูดค่อนข้างช้า คิดซ้ำ ตอบคำถามช้า ผู้สูงอายุที่มีอารมณ์เศร้ายกระดับนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ มักแยกตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และพยายามฆ่าตัวตาย

2.1.4.2 การประเมิน/คัดกรองอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนเอกสาร และวรรณกรรม พบว่าเครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายุ้ยสูงอายุมี 2 ประเภท คือ การประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์ และสังเกต (Interview and observe related scale) และการประเมินอาการซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (Self-report) ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมแบบประเมินอาการซึมเศร้าทั้ง 2 ประเภท ดังนี้

(1) การประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต (Interview and observe related scale) เช่น

1. แบบประเมินอาการซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression [HRSD-17]) สร้างขึ้นโดย แฮมิลตัน (Hamilton, อังโน มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, และจักรกฤษณ์ สุขยั้ง, 2539) ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการซึมเศร้า อาจใช้เพื่อ 1) ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าก่อนให้การรักษา 2) ประเมินผลการรักษาจากอาการแสดงของอาการซึมเศร้า 3) ค้นหาอาการแสดงของอาการซึมเศร้าที่กลับมาเป็นซ้ำ โดยใช้ประเมินอาการของผู้ป่วยย้อนหลัง 1 สัปดาห์ ใช้เวลาในการประเมินแต่ละครั้งประมาณ 15 นาที มีจำนวนข้อคำถาม 17 ข้อคำถาม ข้อดีของแบบประเมินนี้ คือ มีความไวต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงในโรคซึมเศร้า แบบประเมินนี้ ผู้ประเมินควรได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะเหมาะสม

2. แบบประเมินอาการซึมเศร้าของมอนท์โกเมอรี และแอสเบอร์ก (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale: MADRS) สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1979 (Montgomery & Asberg, 1979) แบบประเมินสร้างเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ประเมินการเปลี่ยนแปลงติดตามผลการรักษาสำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือ ต้องใช้การสัมภาษณ์ ประกอบกับการสังเกตสภาพจิตจึงจะได้ผลสมบูรณ์

(2) การประเมินอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง (Self-report) ของผู้สูงอายุ

1. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสภาพสมองไทย (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2537) แบบประเมินสร้างเพื่อประเมินความรู้สึกเศร้าของผู้สูงอายุในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 30 ข้อคำถาม แบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-1 คะแนน รวม 0-30 แผลผลดังนี้ คะแนน 0-12 คะแนน เป็นค่าปกติในผู้สูงอายุไทย, 13-18 คะแนน มีความเศร้าเล็กน้อย, 19-24 คะแนน มีความเศร้าปานกลาง และ 25-30 คะแนนเป็นผู้มีความเศารุนแรง ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย เหลือจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ จุดประสงค์เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า แบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-1 คะแนน รวม 0-15 คะแนน แผลผลดังนี้ ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป บ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้า ควรติดตามหรือส่งพบแพทย์ประเมินอาการทางคลินิก 11 คะแนนขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าแน่นอนควรพบจิตแพทย์ ดังนั้น แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยจึงไม่เหมาะที่จะใช้สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งเป็นการประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

2. แบบประเมินความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai geriatric depression scale: TGDS-15) ของ ฌนัทย์ วงศ์ภารักษ์ (2551) เป็นแบบสอบถาม

เพื่อประเมินคัดกรองความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะข้อคำถามของแบบประเมิน เป็นแบบเลือกตอบใช่และไม่ใช่ มีข้อคำถามทั้ง คำถามเชิงบวกและลบ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-15 โดยคะแนนรวม ≥ 5 หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 โดยมีจำนวน 15 ข้อ

3. แบบประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าไทย ที่พัฒนาขึ้นโดย รังสิมันต์ สุนทรไชยา และคณะ (2561) โดยแบ่งเป็นข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ (1) ความซึมเศร้า มีข้อคำถาม 12 ข้อ และ (2) ความคิดฆ่าตัวตาย มีจำนวน 4 ข้อ คำถาม สร้างขึ้นเพื่อประเมินระดับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมิน พบว่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง มีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency: ICC) โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ของแบบประเมินเท่ากับ 0.95 (รังสิมันต์ สุนทรไชยา และคณะ, 2561) ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item – total correlation) อยู่ระหว่าง 0.642 – 0.899

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ รังสิมันต์ สุนทรไชยา และคณะ (2561) เพื่อประเมินระดับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เนื่องจากแบบประเมินมีจำนวนข้อไม่มากเกินไป คำถามและคำตอบสั้นๆ เข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ความตรงและความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในค่าที่ยอมรับได้ จากการศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (ปาริฉัตร กิตติมาสกุล, 2563) มีการตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.85

2.1.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามบทบาทของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ควรเริ่มจากการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติการพยาบาลตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยครอบคลุมการดูแลเมื่อผู้ป่วยได้รับยาต้านเศร้า หรือยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางกายอื่นๆ การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ของยา และการพยาบาลที่คำนึงถึงสภาพจิตสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต

การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (อรพิน คำโต, 2554; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ แบ่งเป็น 3 ประการ คือ

2.1.5.1 ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับความสุขสบายและปลอดภัย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมักไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่เศร้ามากมักจะทำร้ายตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความทุกข์ การป้องกันการฆ่าตัว

ตาย โดยสังเกตจากพฤติกรรมหรือคำพูดของผู้ป่วยที่อาจบ่งชี้เป็นนัย ก็จะช่วยเพิ่มความระมัดระวัง และให้เอาใจใส่มากขึ้น ดังนี้

- (1) จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบาย มีบรรยากาศแจ่มใส
- (2) ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วัยสูงอายุ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และยินดีช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวัน
- (3) ขจัดสิ่งของที่อาจมีอันตรายออกให้หมด ควรหมั่นตรวจสอบไม่ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเก็บยาไว้ ยาที่ใช้รักษาต้องให้รับประทานต่อหน้าเพื่อป้องกันการเก็บยาสะสม
- (4) ดูแลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างเต็มที่ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงบางครั้งอาจได้รับการผูกมัด ควรให้การดูแลใกล้ชิดเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับอันตรายเพิ่มมากขึ้น
- (5) พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เช่น การดูแลสุขภาพทั่วไปให้ดีขึ้น แยกแยะสิ่งที่ถูกต้องและสิ่งที่บกพร่องควรแก้ไข เพื่อลดความรู้สึกผิด หรือตำหนิตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
- (6) ควรทำสัญญากับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุว่าจะไม่ทำร้ายตนเอง เนื่องด้วยเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์ เป็นการสร้างความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยชะลอการเกิดปัญหาและหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

2.1.5.2 ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุผ่านพ้นจากภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว ควรปฏิบัติ ดังนี้

- (1) ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดย
 1. ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทราบว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีประสบการณ์ มีความรู้ และมีผู้ห่วงใยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ฉะนั้นพยาบาลต้องเป็นคนช่างสังเกต การพูดจาและท่าทางที่แสดงต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ควรให้ความยกย่อง นับถือ เพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิต สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลัว ความรู้สึกผิด ตำหนิตนเอง หรือความสูญเสียต่างๆ การระบายความรู้สึกจะช่วยคลายความอัดอัด กระวนกระวาย ช่วยให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง

3. รับฟังความคิดเห็น และการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยโรคซิมเศร้าวัยสูงอายุ เพราะผู้ป่วยโรคซิมเศร้าวัยสูงอายุจะไวต่อการถูกปฏิเสธหรือการไม่ยอมรับของผู้อื่น ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการกระวนกระวายมากขึ้น ควรรับฟังด้วยความสงบ ให้ความสนใจสิ่งๆ ที่ผู้ป่วยโรคซิมเศร้าวัยสูงอายุพูด และพยายามทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

4. ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคซิมเศร้าวัยสูงอายุช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน พยายามจัดสิ่งแวดล้อมและกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซิมเศร้าวัยสูงอายุช่วยเหลือตนเอง ได้หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือความจำกัดต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซิมเศร้าวัยสูงอายุต้องพึ่งพาคนอื่นโดยไม่จำเป็น

5. กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การพูดคุยกับเพื่อน การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม จะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคซิมเศร้าวัยสูงอายุคิดถึงสิ่งใหม่ๆ ที่ดีแก่ชีวิต

6. ให้ผู้ป่วยโรคซิมเศร้าวัยสูงอายุและญาติทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งจะเริ่มได้ผลเมื่อผ่านไป 2-3 สัปดาห์ และจำเป็นต้องรับประทานยาต่อไป เพื่อให้อาการดีขึ้น พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา

(3) ผู้ป่วยโรคซิมเศร้าวัยสูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตจากลักษณะของผู้ป่วยโรคซิมเศร้าวัยสูงอายุที่มักไม่สนใจตนเอง ละเลยการทำกิจวัตรประจำวันทั้งด้านสุขอนามัย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย จึงมักมีอาการท้องผูก เนื่องจากการดื่มน้ำน้อย และเคลื่อนไหวร่างกายน้อย อาจมีอาการบวมตามแขน ขาและมีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะลำบาก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลข้างเคียงจากยาต้านเศร้าวัยสูงอายุ ดังนั้นพยาบาลควรสังเกต และให้ความเอาใจใส่ด้วย โดย

1. ดูแลให้ผู้ป่วยโรคซิมเศร้าวัยสูงอายุได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ ตลอดจนมีการขับถ่ายที่เป็นปกติ ควรบันทึกปริมาณอาหารและน้ำที่ร่างกายได้รับการถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะเพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ

2. ชั่งน้ำหนักตัว เพื่อสังเกตการณ์บวมและติดตามโภชนาการ

3. จัดให้มีกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการออกกำลังกายและการพักผ่อนนอนหลับให้เหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะซิมเศร้าวัยสูงอายุ และช่วยให้ผู้ป่วยโรคซิมเศร้าวัยสูงอายุรู้สึกดีขึ้น มีความอยากอาหารและนอนหลับได้ดี

4. ช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกายที่สวยงาม จะทำให้จิตใจสดชื่นช่วยให้ภาวะซิมเศร้าวัยสูงอายุลดลง

5. บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ ให้น้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคซิมเศร้าวัยสูงอายุมีความไม่สุขสบาย ทั้งจากภาวะซิมเศร้าวัยสูงอายุและการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผลข้างเคียงจาก

ยารักษาโรคด้วย ฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสุขสบายขึ้นจะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลง

6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย เพื่อการส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง เช่น แสงสว่างเพียงพอ แวนตาที่มองเห็นได้ชัดเจน และเครื่องช่วยฟังที่ใช้งานได้ดี ต้นไม้และสัตว์เลี้ยงเพื่อให้เพลิดเพลิน เกิดความรู้สึกรักและผูกพัน เป็นต้น

ผู้สูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ มีอาการที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยในวัยอื่นเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น พยาบาลจิตเวชจึงควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถเผชิญโรคและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อให้ลดอาการของโรคซึมเศร้า และป้องกันการทำร้ายตัวเองของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.1.6 ผลกระทบของโรคโควิด 19 ต่อผู้สูงอายุ

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดขึ้นเป็นวงกว้าง มีการกระจายไปทั่วโลก เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ติดต่อกันได้ทางละอองฝอยของสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย ละอองจากการไอจามหรือการพูดคุยใกล้ชิด ในระยะ 1-1.5 เมตร และการสัมผัสสารคัดหลั่งที่อยู่ตามสิ่งของต่าง ๆ แล้วไปโดนเยื่อบุต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ตา จมูก ปาก ประกอบกับการแพร่เชื้อสามารถติดต่อกับผู้ที่ติดเชื้อที่ยังไม่แสดงอาการได้ หากมีการติดเชื้อในผู้ที่ร่างกายไม่แข็งแรง (Intawong, Olson, & Chariyalertsak, 2021; Rattanavipapong et al., 2023) รวมทั้งผู้สูงอายุ จะมีโอกาสติดเชื้ออย่างรุนแรง และเสียชีวิตมากกว่าบุคคลทั่วไป เนื่องจากมีสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ภูมิคุ้มกันลดลงตามวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง ในการป้องกันภาวะเสี่ยง รัฐบาลได้มีนโยบาย และขอความร่วมมือให้ประชาชนโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งผู้สูงอายุ เก็บตัวอยู่ในบ้านให้มากที่สุด เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อ แต่ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องการการดูแลจากญาติ หรือผู้ดูแลที่ยังมีความจำเป็นต้องออกไปปฏิบัติงานหรือมีกิจกรรมนอกบ้าน เช่น การไปซื้อของกินของใช้เข้ามาในบ้าน จึงมีโอกาสนำเชื้อจากภายนอกมาสู่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุถูกจำกัดบริเวณให้อยู่แต่ในบ้านเป็นเวลานานติดต่อกันหลายเดือน อาจส่งผลให้สภาพร่างกาย จิตใจ และสมองของผู้สูงอายุมีอาการถดถอยลง จนเกิดเป็นภาวะฟุ้งฟิงในระยะยาว รวมทั้งเกิดความเครียด และอาการซึมเศร้า ส่งผลกระทบกับครอบครัว และชุมชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว จึงมีความจำเป็นต้องมีแนวทางดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะไม่พึงประสงค์ (Soonthornchaiya, 2020; Bruminhent, Ruangsubvilai, Nabhindhakara, Ingsathit, & Kiertiburanakul, 2020) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นประชากรในกลุ่มเปราะบาง และมีความเสื่อมถอย

ทางด้านร่างกาย และจิตใจมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้า มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ผลกระทบของโรคโควิด 19 จึงเห็นได้ชัดกว่าประชากรกลุ่มอื่น ดังนี้

2.1.6.1 อาการของโรคที่เป็นอยู่เพิ่มขึ้น (Increased symptoms of the underlying disease) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค และอาจส่งผลกระทบต่ออาการอย่างรุนแรงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุทั้งจากตนเอง ญาติพี่น้อง หรือผู้อาศัยอยู่ร่วมกันในครอบครัว จึงเป็นสิ่งสำคัญ แต่ด้วยความจำเป็นต้องออกไปนอกบ้านเพื่อปฏิบัติงาน หรือการออกไปหาซื้อของกินของใช้เข้ามาในบ้าน จึงมีโอกาสในการนำเชื้อโรคจากภายนอกมาสู่ผู้สูงอายุ อีกทั้งการจำกัดบริเวณให้ผู้สูงอายุอยู่เฉพาะในบริเวณบ้านเป็นเวลานานติดต่อกันหลายเดือน อาจส่งผลให้สภาพร่างกาย จิตใจ และสมองของผู้สูงอายุเสื่อมถอยลงจนเกิดเป็นภาวะฟุ้งฟิงในระยะยาว รวมทั้งเกิดความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบกับครอบครัว และชุมชน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (กุลวดี กุลสุนทร, เกศรินทร์ วิงพัฒน์ และโชติ บติรัฐ, 2564) ผู้สูงอายุที่ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องและมักมีโรคประจำตัวเรื้อรัง จะมีอาการรุนแรงมากขึ้นหลังจากการติดเชื้อ เกิดการเสียชีวิตในผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ความเครียดสะสมและความกลัว เมื่อเผชิญกับการระบาดของโรคโควิด 19 อย่างกะทันหัน แตกต่างจากผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ผู้สูงอายุถือเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงภายใต้โรคโควิด 19 เนื่องจากไม่เพียงแต่ต้องเผชิญกับข้อเสียที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอเท่านั้น แต่ยังต้องเอาชนะความท้าทายที่เกิดจากสภาพแวดล้อมทางจิตใจที่ซับซ้อนในช่วงวิกฤตของชีวิต ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Hui et al. ,2020)

2.6.1.2 การแยกจากทางสังคม (Social isolation) ส่งผลให้ผู้สูงอายุหลายคนจะต้องทนทุกข์โดยไม่สามารถสื่อสารถึงความทุกข์ของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจได้ เกิดอาการวิตกกังวล (Anxiety) ซึมเศร้า (Depression) และความเครียด (Stress) รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการรับมือกับผลกระทบทางจิตใจของสถานการณ์การแพร่ระบาด ต้องกระทำร่วมกับการแยกตัว (Isolation) ระดับความเครียดของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลและชุมชนอยู่ในระดับสูงในระหว่างการแพร่ระบาด มีหลายสาเหตุ เช่น ความเสี่ยงของการติดเชื้อ ความกลัวความตาย การเสียชีวิตของบุคคลที่รู้จักจากโรคโควิด 19 ปัญหาทางการเงิน การดูแลและการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอ ความโดดเดี่ยว และบางครั้งการขาดสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ดังนั้น การจัดการความเครียดในช่วงเวลานี้จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งก่อนที่จะส่งผลต่อปัญหาทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิต (Kar, 2020)

2.6.1.3 ปัญหาทางด้านจิตใจและสุขภาพจิต (Psychological and mental health problems) ที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 ในผู้สูงอายุ ซึ่งอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ควรได้รับการดูแลอย่างละเอียดและครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องใช้ความพยายามและความเอาใจใส่มากขึ้น (Lee, Jeong, & Yim, 2020; Singhal, 2020) เนื่องจากมีความเสี่ยงทั้งทางร่างกายและจิตใจมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ (Qiu, Shen, Zhao, Wang, Xie, & Xu, 2020) ผลกระทบเชิงลบของโรคโควิด 19 มีผลต่อสุขภาพจิตและสุขภาพจิตของแต่ละบุคคล ผู้สูงอายุร้อยละ 37.1 เคยมีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในช่วงการแพร่ระบาดของโรค

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ

2.2.1 ความหมายของความเข้มแข็งทางใจ

พลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัว และฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ ภายหลังจากที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิต อันเป็นคุณสมบัติหนึ่งซึ่งช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ยิ่งไปกว่านั้นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตจำนวนมากยังสามารถใช้วิกฤตเป็นโอกาส สามารถยกระดับความคิด จิตใจ และการดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีขึ้น หลังจากเหตุการณ์วิกฤตนั้นผ่านพ้นไป (โสพรรณ อินทสิทธิ์ และสิริกุล จุลศิริ, 2563) มีนักวิชาการหลายท่านให้คำนิยามหรือความหมายคำว่า “พลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจ (Resilience)” ที่หลากหลาย ดังนี้

แวกนิล และย้ง (Wagnild & Young, 1993; Wagnild, 2003) กล่าวว่า “พลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นคุณลักษณะเชิงบวก (Positive attributes) ที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ ความสามารถส่วนบุคคล (Personal ability) และการยอมรับตนเอง (Self-acceptance)”

ไดเยอร์ และแม็ค กิเนส (Dyer & Mc Guinness, 1996) กล่าวว่า “พลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นความสามารถของบุคคลที่สามารถจัดการหรือปรับตัว เมื่อต้องเจอกับภาวะวิกฤต ให้ฟื้นกลับอย่างเป็นกระบวนการ โดยที่เกิดกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดนิ่ง เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้ โดยกระบวนการเกิดปัจจัยความเข้มแข็งทางใจนี้ขึ้นอยู่กับสมรรถนะ (Competency) ของบุคคลระหว่างบุคคล และครอบครัว”

ลูธาร์ และคณะ (Luthar et al., 2000) กล่าวว่า “พลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นกระบวนการพัฒนาทางจิตใจที่ไม่หยุดนิ่ง เกิดการปรับตัวทางด้านบวกต่อสถานการณ์ที่มากกระทบต่อชีวิตของตนเอง”

คอนเนอร์ และเดวิดสัน (Connor & Davidson, 2003) กล่าวว่า “พลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นกระบวนการความสามารถส่วนบุคคลในการทนต่อความเครียด และการยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ”

กรอทเบอร์ก (Grotberg, 1995; 2003) กล่าวว่า “ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience enhancement) เป็นความสามารถของมนุษย์ในการเผชิญปัญหาและผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ จนทำให้บุคคลมีความเข้มแข็ง สามารถนำมาป้องกันตนเอง เพื่อให้ผ่านพ้นประสบการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต เกิดจากการเสริมสร้างให้บุคคลรู้ว่าตนเองมี 3 องค์ประกอบ คือ สิ่งที่มี (I am) สิ่งที่มี (I have) และฉันทำได้ (I can) และเมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะที่ยากลำบาก จะเกิดการนำองค์ประกอบดังกล่าวมาใช้ เพื่อให้ผ่านพ้นช่วงเวลานั้นไป”

เมโยคลินิก (Mayo Clinic, 2008) ได้นิยามของความเข้มแข็งทางใจว่าเป็นความสามารถในการปรับตัวอย่างดีต่อความเครียดสิ่งที่ทำให้เกิดความทุกข์ความเศร้าโศก หรือบาดแผลทางใจทำให้สามารถคงไว้ซึ่งความสมดุลและระดับสุขภาวะของการทำหน้าที่ทางกายและจิตใจเมื่อเผชิญความยากลำบากอีกทั้งยังทำให้สามารถทำกิจการต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้โดยยังคงมองชีวิตในแง่ดีไม่สับสนและกลับสู่สภาพเดิมภายหลังวิกฤตได้อย่างรวดเร็ว

กรมสุขภาพจิต (2552; 2563) กล่าวว่า “พลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นความสามารถทางอารมณ์ และจิตใจ ในการปรับตัวในสถานการณ์ที่ยากลำบากของชีวิตเพื่อฟื้นตัวกลับเข้าสู่ภาวะปกติ หลังจากพบสถานการณ์วิกฤตหรือเหตุการณ์ที่ลำบากในชีวิต เป็นคุณสมบัติหนึ่งที่สำคัญในการช่วยให้บุคคลดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข หรือผ่านพ้นไปได้ด้วยดี”

ผู้วิจัยสรุปความหมายของความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) ว่าเป็นความสามารถของบุคคลที่ทนต่อความเครียด ยอมรับการเปลี่ยนแปลง มีการปรับตัวเชิงบวกต่อสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิตให้กลับมาดำเนินชีวิตในภาวะปกติได้

2.2.2 องค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจ

มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมาย และจำแนกองค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจ ดังนี้

แวกนิลและยัง (Wagnild & Young, 1993) กล่าวว่า ความเข้มแข็งทางใจเป็นปรากฏการณ์ที่มีเอกลักษณ์โดดเด่นของวัยสูงอายุ เป็นการใช้ประสบการณ์ในชีวิตเพื่อการฟื้นกลับของภาวะสุขภาพจิตหลังเกิดการสูญเสียในชีวิต รวมทั้งความสามารถในการปรับตัวให้ประสบความสำเร็จจากการสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต โดยมีองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ คือ 1. การรักษาสสมดุลของจิตใจ (Balance of the mind) 2. ความเพียรพยายาม (Perseverance) 3. การพึ่งพาตนเอง (Self-

Reliance) 4. การให้ความหมาย (Giving meaning) 5. ความสามารถในอยู่กับความเหงา (Ability to live with loneliness) ได้

กรอทเบิร์ก (Grotberg, 1999; 2005) กล่าวถึง องค์ประกอบการสร้างความเข้มแข็งทางใจ 3 ประการ คือ

1. ฉันทันเป็น (I am) หรือ ความเข้มแข็งภายใน (Inner strengths) เป็นการพัฒนาความเข้มแข็งภายในใจ เช่น ความมั่นใจ ความรับผิดชอบ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ทศนคติ และความเชื่อ ประกอบไปด้วย 7 ลักษณะ คือ

- (1) มีความสามารถที่จะรัก และเป็นที่รักของบุคคลอื่นได้
- (2) มีอารมณ์ดี
- (3) มีการคิดพิจารณาวางแผนในอนาคตที่เป็นไปได้ในความเป็นจริง
- (4) มีความภาคภูมิใจในตนเอง ขณะเดียวกันก็พร้อมที่จะยอมรับ และยกย่องผู้อื่น
- (5) มีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และสามารถแสดงออกซึ่งความห่วงใยใส่ใจต่อผู้บุคคลรอบข้าง
- (6) มีความพร้อมที่จะรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเองกระทำ และยอมรับผลของการกระทำนั้น
- (7) มีความเชื่อมั่นว่าสิ่งต่าง ๆ จะเปลี่ยนไปในทางที่ดี เชื่อว่าชีวิตนี้ยังมีความหวังเสมอ

2. ฉันทันมี (I have) หรือแหล่งสนับสนุนภายนอก (External Supports) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล ระบุว่าบุคคลคอยช่วยเหลือ ได้รับแหล่งสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์ภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็ง คอยช่วยเหลือบุคคล ในขณะที่เผชิญสถานการณ์ด้านลบ ประกอบไปด้วย 6 ลักษณะ คือ

- (1) มีบุคคลใน หรือนอกครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ที่เป็นผู้ที่สามารถไว้วางใจได้ และเป็นผู้ที่พร้อมที่จะให้ความรักได้เสมอไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น
- (2) มีบุคคลที่จะคอยบอก สอน หรือตักเตือน ถึงขอบเขต และข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ชัดเจนในการทำอะไรร่างต่าง ๆ เพื่อที่จะได้ไม่ทำในสิ่งที่อาจนำปัญหา และความยุ่งยากมาสู่ตนเอง
- (3) มีบุคคลที่พร้อมจะให้กำลังใจ และสนับสนุนให้เป็นตัวของตัวเอง
- (4) มีบุคคลที่เป็นแบบอย่างที่ดี ซึ่งแสดงให้เห็นอย่างสม่ำเสมอว่าการกระทำต่าง ๆ ในทางที่ถูกที่ควรนั้นเป็นอย่างไร

(5) มีบุคคล หรือแหล่งที่ให้การดูแลในเรื่องของสุขภาพ การศึกษา รวมทั้งได้รับ บริการและสวัสดิการทางสังคม และความปลอดภัย

(6) มีครอบครัวและชุมชนที่มั่นคง

3. ฉันทสามารถ (I can) หรือ การจัดการกับปัญหา และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และทักษะการแก้ปัญหา (Interpersonal and Problem Solving Skills) เป็นทักษะทางสังคมของ บุคคลในการเผชิญและจัดการกับปัญหา ช่วยให้สามารถแก้ปัญหาได้ โดยใช้หลักในการแก้ปัญหา ประกอบไปด้วย 7 ลักษณะ คือ

(1) สามารถหาทางออก หรือวิธีการใหม่ ๆ

(2) มีความมุ่งมั่นในงานที่ทำอยู่จนกว่าจะสำเร็จ

(3) มีอารมณ์ขัน เพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดให้กับตนเอง

(4) สามารถบอกความคิด ความรู้สึกของตนเองให้กับผู้อื่น

(5) สามารถจัดการกับปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

(6) รู้จักที่จะเลือกจังหวะ และเวลาที่เหมาะสมในการแสดงออก หรือการพูดคุย

กับบุคคลอื่น

(7) รู้ว่าจะขอความช่วยเหลือจากใครในเวลาที่เหมาะสม

คอนเนอร์ และเดวิดสัน (Connor & Davidson, 2003) กล่าวว่า “ความเข้มแข็ง ทางใจเป็นความสามารถส่วนบุคคลในการทนต่อความเครียด และการยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ” มีองค์ประกอบในการประเมินความเข้มแข็งทางใจ 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ความสามารถส่วนบุคคล (Personal competence) เป็นการรับรู้ถึงศักยภาพ ในการทำหน้าที่หรือการเผชิญกับอุปสรรคโดยแสดงออกทางความคิด (Thinking) และพฤติกรรม (Behavior) ในการเผชิญกับอุปสรรคของตนเองเป็นของตนเอง

2. ความเชื่อมั่นในตนเอง (Trust in own intuition) เป็นการรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ได้ รวมถึงการประเมินความพร้อม (Readiness) และแหล่ง ประโยชน์ (Source of benefits) ของตนเอง

3. การยอมรับการเปลี่ยนแปลง (Acceptance of change) เป็นการรับรู้ถึง สภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังจากที่อาจมีการปรับตัวหรือไม่มีการปรับตัว ไม่มีการแก้ไขใน ก่อนหน้านี้ และไม่เกิดความกังวลต่อผลของการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้มากนัก

4. ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Personal control) เป็นการใช้ กระบวนการภายในของบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรค โดยสามารถ

ประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสร้างทางเลือกรวมไปถึงสามารถเลือกวิธีการจัดการที่เหมาะสมได้ ไม่เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสสังคมหรือสิ่งแวดล้อม

5. อิทธิพลต่อจิตใจ (Spiritual influence) เป็นการประเมินสิ่งเร้าภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจและมีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรม ไม่ว่าจะเป็นการต่อสู้หรือหลีกเลี่ยง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ (Experience) และการเรียนรู้ (Learning) ของแต่ละบุคคล (สุจิตรา, 2561)

สมิธ และคณะ (Smith et al., 2010) ที่กล่าวว่า ความเข้มแข็งทางใจเป็นสภาวะแบบไดนามิก (Dynamic) ที่บุคคลมีความสามารถในการเผชิญและตอบสนองเชิงบวกกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ หรือศักยภาพในการกลับฟื้นสภาพจากภาวะเครียดในเหตุการณ์ร้ายในชีวิต และนำมาสู่สภาวะสุขภาพที่เป็นปกติ มีองค์ประกอบคือ ความเครียด (Stress) เป็นตัวแทนของความยากลำบาก (Difficulty) และความท้าทาย (Challenge) ทั้งหมดที่บุคคลอาจเผชิญ และมีผลอย่างมากต่ออารมณ์ (Emotion) และสุขภาพ (Health) รวมทั้งมีผลกระทบเชิงบวกต่อความผาสุก (Wellbeing) สอดคล้องกับ วอร์เนอร์ และสมิธ (Werner & Smith, 1989) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจจะมีความเสียสละ มีความรัก และมีความศรัทธาในตนเองสูง มีความโดดเด่น มองในโลกในแง่ดี กล้าเผชิญปัญหา มีความคิดเชิงบวก มีความกล้าหาญซึ่งเป็นศักยภาพของบุคคลในการกลับคืนสู่สภาพเดิม (Recovery) ปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์ที่โศกเศร้า ความบาดเจ็บ (Trauma) ความทุกข์ยาก (Adversity) ความลำบาก (Hardship) และการดำเนินชีวิตที่มีแต่ความเครียด

จากการทบทวน ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ความเข้มแข็งทางใจเป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายในของบุคคล มีองค์ประกอบเกี่ยวข้องกับความสามารถทางด้านจิตใจ และการรับรู้ต่อตนเอง ในการนำเอาประสบการณ์ชีวิตมาช่วยในการฟื้นกลับของสุขภาพจิต ความสามารถหรือศักยภาพของการกลับฟื้นสภาพจากภาวะเครียดในเหตุการณ์ร้ายในชีวิต และนำมาสู่สภาวะสุขภาพที่เป็นปกติ โดยคำนึงถึงแหล่งทรัพยากรในการจัดการหรือฝ่าฟันต่ออุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

2.2.3 การประเมินความเข้มแข็งทางใจ

การทบทวนเอกสารวิชาการและงานวิจัยในประเทศไทย และต่างประเทศ พบว่ามีการศึกษาแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจหลาย ๆ รูปแบบ ขึ้นอยู่กับการให้คำนิยาม และความหมายของนักวิชาการแต่ละท่าน เช่น

2.2.3.1 การประเมินความเข้มแข็งทางใจที่พัฒนาจากกรอบแนวคิดของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) เป็นกรอบแนวคิดที่มักถูกนำมาใช้ในการประเมินความเข้มแข็งทางใจในประเทศไทย เป็นแบบวัดความเข้มแข็งทางใจจากลักษณะนิสัยส่วนตัว มีลักษณะเป็นแบบสำรวจตนเอง กำหนดรายการข้อคำถามเพื่อสำรวจมุมมอง ความรู้สึกภายในจิตใจ เช่น

- เพ็ญประภา ปริญญาพล (2550) พัฒนาแบบประเมินความหยุนตัว และทนทาน (ความเข้มแข็งทางจิตใจ) มาจากกรอบแนวคิดของ กรอทเบอร์ก (Grotberg,1995) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ ครอบคลุมลักษณะย่อย 3 องค์ประกอบ คือ 1) องค์ประกอบที่เป็นลักษณะบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และลักษณะภายในของบุคคล เช่น ความรู้สึก ทศนคติ ความเชื่อ 2) องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคม หรือความสามารถ ในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และ 3) องค์ประกอบที่เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนและส่งเสริมทางสังคมเมื่อ บุคคลประสบกับเหตุการณ์ในทางลบ

- กรมสุขภาพจิต (2552) พัฒนาแบบวัดความเข้มแข็งทางใจของบุคคล ตามแนวคิดของ Grotberg (1999) แบ่งเป็นด้านหลัก ๆ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (ฮึด) จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านกำลังใจ (ฮึด) จำนวน 5 ข้อ และ 3) ด้านการจัดการกับปัญหา (สู้) จำนวน 5 ข้อ รวมมีข้อคำถาม 20 ข้อ มีระดับคะแนน 1-4 คะแนน โดยมีคะแนนเต็ม 80 คะแนน มีความเหมาะสมกับบุคคลทั่วไป และผู้สูงอายุ

- พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2555) สร้างแบบวัดตามกรอบ แนวคิดของ กรอทเบิร์ก (Grothberg) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 28 ข้อ คือ ข้อคำถามสิ่งที่ฉันมี 9 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับสิ่งที่ฉันเป็น 10 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับสิ่งที่ฉันสามารถ 9 ข้อ มีระดับคะแนน 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.85-0.91

- มณีวรรณ สุวรรณมณี (2556) สร้างแบบวัดจากกรอบแนวคิดของกรอท เบิร์ก (Grotberg) มี 3 ด้าน คือ ด้านสิ่งที่ฉันมี สิ่งที่ฉันเป็น และความสามารถที่ฉันมี มีจำนวน 19 องค์ประกอบ ตัวแปรที่ใช้ คือ 1) ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น 2) ความมั่นใจในการ ดำรงชีวิตอยู่ 3) การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม 4) การมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และ 5) ความสามารถในการผ่อนคลายความเครียด และแก้ไขปัญหา มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.91

- ขวัญธิดา พิมพ์การ (2561) ตามแนวคิดของ กรอทเบิร์ก (Grothberg, 1995) ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) สิ่งที่ฉันมี (I have) บุคคลรับรู้ได้ว่าตนมีแหล่ง สนับสนุนให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต 2) สิ่งที่ฉันเป็น (I am) เป็นลักษณะความเข้มแข็งภายในของ บุคคล นับถือตนเอง และเป็นผู้ที่ภูมิใจในตนเอง 3) สิ่งที่ฉันทำได้ (I can) เป็นทักษะในการจัดการกับ ปัญหา และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลประกอบไปด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ มีระดับคะแนน 1-5 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.95

2.2.3.2 แบบวัดความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Scale: RS) ของ วากนिल्ด์ และ ยัง (Wagnild & Young, 1993) เป็นแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม

ทั้งหมด 25 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.91 และค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.67 ถึง 0.84 ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 7 ระดับ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ ความสามารถส่วนบุคคล และการยอมรับชีวิตหรือการยอมรับตนเอง แต่เครื่องมือนี้มีข้อจำกัดในการนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย และการประเมินคุณลักษณะยังไม่ครอบคลุมถึงการประเมินความเข้มแข็งทางใจ

2.2.3.3 แบบวัด Brief-Resilience Coping Scale (BRCS) ของ ซินเคลียร์ และวอลตัน (Sinclair & Wallston, 2004). ประกอบด้วย 4 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) มีเป้าหมายเพื่อวัดแนวโน้มความเข้มแข็งทางใจในระดับสูง เครื่องมือนี้อาจมีประโยชน์สำหรับผู้ที่ต้องการค้นหาบุคคลที่ต้องการพัฒนาความเข้มแข็งทางใจ เพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจในการเผชิญวิกฤต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาระยะยาว แต่เนื่องจากเครื่องมือมีจำนวนข้อน้อย ผู้ที่พัฒนาเครื่องมือให้ข้อเสนอแนะว่า เนื่องจากเครื่องมือมีจำนวนข้อน้อย ดังนั้นในการใช้เครื่องมือมีความจำเป็น ต้องมีการทดสอบความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) แต่ยังไม่มีความหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าเครื่องมือนี้ได้ถูกนำไปใช้มากนักน้อยเพียงใด

2.2.3.4 แบบวัด Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) ของ คอนเนอร์ และเดวิดสัน (Connor & Davidson, 2003) เป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ให้คะแนนเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ มีระดับคะแนน 0-4 ค่าคะแนนที่สูงแสดงว่ามีความเข้มแข็งทางใจสูง เครื่องมือได้รับการทดลองทั้งในด้านความตรง (Validity) ความเที่ยง (Reliability) และโครงสร้าง (Construction) โดยได้ถูกออกแบบมาเพื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช กลุ่มตัวอย่างทางคลินิก และการวัดการตอบสนองต่อการรักษาทางเภสัชวิทยา โดย อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2556) ได้นำมาแปลและพัฒนาแบบประเมินนี้ต่อเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุมากขึ้น ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CV) เท่ากับ 0.84 และค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.89

2.2.3.5 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ ใช้แบบสอบถาม Connor-Davidson Resilience Scale (10-Item CD-RISC) ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back Translation) โดย รศ. ดร. นพพร ว่องสิริมาศ (นพพร ว่องสิริมาศ, วาริรัตน์ ถาน้อย , ปิยาณี คล้ายนิล-โยบาส, 2560) ตามกรอบแนวคิดของ คอนเนอร์ และเดวิดสัน (Connor and Davidson) เพื่อวัดความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ภายใต้องค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ ตามแนวคิดของ คอนเนอร์ และเดวิดสัน (Connor and Davidson) คือ (1) สมรรถนะส่วนบุคคล การแสดงออกทางความคิดและพฤติกรรม ในการเผชิญกับอุปสรรคของตนเอง (2) ความเชื่อมั่นในตนเอง ความอดทนต่อผลกระทบด้านลบ และการเสริมสร้าง

ผลกระทบจากความเครียด (3) การยอมรับการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก และความสัมพันธ์ที่มั่นคง (4) ความสามารถในการควบคุมตนเอง และ (5) อิทธิพลต่อจิตใจ การประเมินสิ่งเร้าภายนอกที่มีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรม (Connor & Davidson, 2003) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้ผู้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ให้คะแนน 0-4 คะแนน คะแนนรวม 0-40 คะแนน โดยคะแนนรวม ≤ 29 คะแนน ประเมินว่ามีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตต่ำ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

2.2.3.6 แบบวัด State –Trait Resilience Inventory ของ ฮิว; โมริ; ชิโมซุ และ โทโมนาเกา (Hiew; Mori; Shimizuj, & Tominaga, 2000) แบ่งมาตรวัดย่อยเป็น 2 มาตรวัด คือ

1) แบบวัดความเข้มแข็งทางใจตามสถานการณ์ มีข้อคำถาม 28 ข้อ จำแนกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1.1) การมีแหล่งสนับสนุนและทรัพยากรภายนอก (I have) จำนวน 10 ข้อ 1.2) การมีจิตใจที่เข้มแข็ง (I am) จำนวน 11 ข้อ และ 1.3) การมีทักษะทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (I can) จำนวน 7 ข้อ

2) แบบวัดความเข้มแข็งทางใจจากลักษณะนิสัยประจำตัว (Trait Resilience Scale) มีข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ จำแนกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ 2.1) การมีแหล่งสนับสนุนและทรัพยากรภายนอก (I have) จำนวน 11 ข้อ 2.2) การมีจิตใจที่เข้มแข็ง (I am) จำนวน 8 ข้อ และ 2.3) การมีทักษะทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (I can) จำนวน 8 ข้อ

แบบวัดเป็นลักษณะแบบสำรวจตนเอง เกี่ยวกับความรู้สึกภายในจิตใจ โดยข้อคำถามเป็นมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ พบว่า แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจที่พัฒนาขึ้นส่วนใหญ่มีพื้นฐานมาจากงานวิจัยเชิงคุณภาพ และทำการทดสอบเชิงปริมาณเพื่อหาคุณภาพของแบบวัด แต่การทดสอบมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ความลำเอียงของการตอบ เนื่องจากแบบวัดส่วนใหญ่มีลักษณะข้อคำถามไปในทิศทางเดียวกัน อีกทั้งแบบวัดไม่สามารถใช้สรุปอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มอื่น ๆ ได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่ม เป็นต้น ระยะแรก ๆ แบบวัดความเข้มแข็งทางใจมักมองเฉพาะในเรื่องความเข้มแข็งทางใจในลักษณะนิสัยส่วนบุคคล แต่ต่อมากการพัฒนาแบบวัดความเข้มแข็งทางใจจะมีการวัดปัจจัยปกป้องทั้งภายใน และภายนอกตัวบุคคลมากขึ้น หรือเป็นการใช้แบบวัดความเข้มแข็งทางใจจากลักษณะนิสัยประจำตัว และตามสถานการณ์ เพื่อพิจารณาทั้งสองส่วนไปพร้อมกัน ทำให้สามารถวัดความเข้มแข็งทางใจของแต่ละบุคคลได้ครอบคลุม

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ Connor-Davidson Resilience Scale (10-Item CD-RISC) ที่ รศ. ดร. นพพร ว่องสิริมาศ แปลเป็นภาษาไทย ด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back Translation) มีข้อคำถาม 10 ข้อ Connor-Davidson Resilience

Scale (10-Item CD-RISC) พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ คอเนอร์ และเดวิดสัน (Connor and Davidson) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ความตรงเชิงเนื้อหา และความเที่ยง อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ มีจำนวนข้อไม่มากเกินไป อ่านเข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้สูงอายุในการตอบแบบประเมิน และใช้เวลาไม่มากเกินไป

2.2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง/สัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุ

ความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวคืนสู่สภาพเดิมเปรียบได้กับสิ่งที่มีความยืดหยุ่น ที่แม้ว่าจะมีแรงกดดันไป แต่จะสามารถคืนตัวและกลับมาเหมือนเดิมได้ ความสามารถในการปรับตัวของบุคคล เมื่อต้องประสบกับสถานการณ์วิกฤตเป็นพลังที่ช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหา ผ่านพ้นภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ร้าย ๆ ไปได้ รวมถึงสามารถฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจให้กลับสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว ไม่จมอยู่กับความทุกข์ เรียกว่า “มีการปรับตัวได้ดี” จนสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (Grotberg, 1999) บุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวได้จึงมีโอกาสเกิดภาวะผิดปกติทางอารมณ์ได้มากกว่าบุคคลวัยอื่น โดยมีรายงานว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เคยมีประสบการณ์ของการมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง หากไม่สามารถผ่านพ้นวิกฤตไปได้จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำหรือเกิดอาการรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจและส่งผลให้ผู้สูงอายุตระหนักในความสามารถที่ตนเองมี ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน

(1) อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

อาการซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่เผชิญการสูญเสียทั้งทางจิตใจ สังคม และการเสื่อมลงของร่างกาย ผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังประจำตัวมากกว่า 1 โรค การเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้ป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (Self-Esteem) ลดลงเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค และปัจจัยอื่น ๆ ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีความรู้ความเข้าใจในอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ การประเมิน และการช่วยเหลือในการบรรเทาอาการซึมเศร้าโดยตระหนักถึงคุณค่า และความสำคัญของผู้สูงอายุ (มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์, 2562)

อาการซึมเศร้า เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่มักจะได้พบได้ในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มที่มีอายุสูงมาก มีทั้งความเหมือนและความต่างกับในวัยหนุ่มสาว สิ่งที่เหมือนกันคือ พฤติกรรม ความคิด อารมณ์ มีการเปลี่ยนแปลง มีความสะเทือนใจง่าย และมีความรู้สึกไม่อยากมีชีวิต

อยู่ หรือไม่รู้จักอยู่ไปทำไม ทำให้เกิดความต้องการในการทำร้ายตัวเอง ผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งการเสื่อมถอยของร่างกาย ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ สังคม และอารมณ์ทำให้มีภาวะเปราะบางทางจิตใจ จึงทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ ซึ่งความยืดหยุ่นในชีวิตเป็นคุณสมบัติหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุผ่านพ้นสถานการณ์ที่ยากลำบากต่าง ๆ ความยืดหยุ่น ในชีวิตจึงมีความเกี่ยวข้องกับคุณลักษณะทางบวกในผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดการปรับตัว เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีจิตใจที่เข้มแข็งมั่นคง เกิดสมดุลในชีวิต และใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ (สมฤทัย เจริญไธสง และคณะ, 2562) จากการศึกษาของ ซา นินอตโต้ และคณะ (Zaninotto et al., 2022) สำรวจสุขภาพจิตชาวอังกฤษ จำนวน 5,146 คน อายุเฉลี่ย 67.7 ± 10.6 ปี พบผู้ที่มีอาการซึมเศร้าก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 จำนวนร้อยละ 12.5 ในช่วงปี พ.ศ. 2563 ที่เริ่มมีการแพร่ระบาดของโควิด 19 (เดือนมิถุนายน-กรกฎาคม) จำนวนผู้ที่มีอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22.6 และเดือนพฤศจิกายน และธันวาคม จำนวนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.5 สอดคล้องกับการศึกษาของพระครูสังฆรักษ์ ทวี อภโย และคณะ (2565) กล่าวว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ในด้านสภาพจิตใจ เนื่องจากเมื่อลูกหลานตักงาน หรือเสาหลักของครอบครัวไม่มีงานทำ ผู้สูงอายุจำนวนมากจะเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า อาจส่งผลเสียต่อการดำรงชีวิต และนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ง่าย จึงเป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่ต้องมีการทบทวนสภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างจริงจังต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยเปราะบางทางสังคม ต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษจากคนในครอบครัวในการดำเนินชีวิตตลอดจนถึงความเป็นอยู่ในสังคมของผู้สูงอายุ

การศึกษาของ มุจรีรินทร์ พุทเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) พบว่า ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ($r = -.367, P < .01$) และอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ($r = -.367, p < .01$) และ กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, และเสาวลักษณ์ คงสนิท (2562) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคใต้ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ($r = -.45, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษร สายธนู, อมรรัตน์ นระสนธิ และเกษราภรณ์ เคนบุปผา (2019) พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.204, p < .01$) และการศึกษาของ ปุณิกา กิตติกุลธนนท์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภิต แสงอ่อน (2562) พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมี

ความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.509, p < .001$) นอกจากนี้ ในต่างประเทศยังได้ศึกษาความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่พบว่า ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับกลุ่มอาการซึมเศร้า ($r = -.31, P < .001$) (Hardy et al., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ โรดริเกซ-กอนซาเลส และคณะ (Rodríguez-González et al., 2020) ที่พบว่าความเข้มแข็งทางใจที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุและความรู้สึกเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -.15, p = .001$) และ ($r = -.37, p = .001$) และยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจท่ามกลางการระบาดของโควิด 19 พบว่า ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ ภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในช่วงโควิด 19 (Lee et al., 2020; Li et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Perez Rojo et al. 2022 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายมิติต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่เผชิญกับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า อาการซึมเศร้าทำนายความเข้มแข็งทางใจได้ ($\beta = -.15, p < .01$) โดยอาการซึมเศร้าระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Verdolini et al 2021 ศึกษาความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในช่วงการระบาดของโรคโควิด พบว่า อาการซึมเศร้าเป็นปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจที่ดีที่สุด ($\beta = 0.11, OR = 1.117, p = 0.028$) Burke-Garcia et al 2021 ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคโควิด พบว่าอาการซึมเศร้าทำนายความเข้มแข็งทางใจได้เป็น 5.99 เท่า ($p < .05$) ในการส่งเสริมโดยโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ของไพจิตร พุทธรอด และกนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ (2564) มีค่าความต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและระดับภาวะซึมเศร้าลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีความต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ และความต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ มุจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) ที่พบว่า ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ($r = -.320, p < .01$) และจากการศึกษาความชุกของความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ ($r = -.398, p < .05$) (มะลิสางามศรี, หงษ์ บรรเทิงสุข, ดรุณี ใจสว่าง, โชติกา สมสุวรรณ และอภิญา เขาวบุตร, 2564)

(2) ความเครียดในผู้สูงอายุ

ความเครียดมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน เช่น ปริมาณงาน ความสับสน และความขัดแย้งในบทบาท สภาวะการทำงานที่ไม่ดี งานที่ต้องรับผิดชอบ และสัมพันธ์ภาพกับบุคคล

อื่น ทำให้เกิดเป็นสภาวะความกดดันที่ส่งผลมาจากการเกิดปัญหาของบุคคล มีความวิตกกังวล รู้สึกไม่สบายใจ หรือไม่พึงพอใจ เกิดข้อจำกัด ข้อขัดข้อง หรืออยู่ภายใต้สภาวะแห่งความไม่แน่นอน หรือสภาวะที่ไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความเครียดขึ้น (สุพานี สฤกษ์วานิช, 2552) สาเหตุของความเครียดมีหลายสาเหตุที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ระดับความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลก็มีความแตกต่างกัน (ชิระวุฒิ อัจฉริยชีวิน และชัยรัตน์ ชูสกุล, 2565) มีปฏิกริยาที่ตอบสนองต่อร่างกาย จิตใจ ความคิด และพฤติกรรมจากสิ่งแวดล้อมหรือเหตุการณ์ที่บุคคลได้พบเจอทั้งจากเหตุการณ์เล็ก ๆ จนถึงเหตุการณ์สำคัญหรือเหตุการณ์ที่มีความร้ายแรงต่อชีวิต ทำให้ต้องมีการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของตน นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทำให้บุคคลเกิดความกดดัน ส่งผลให้เจ็บป่วยทางร่างกาย และสุขภาพจิต คนเราต้องเรียนรู้ที่จะปรับตัวซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบและเป็นสิ่งที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ความเครียดที่มีมาก และเกิดผลยาวนานจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สติปัญญา ทศนคติ และอารมณ์ (Selye, 1983)

วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมของร่างกาย (กรมสุขภาพจิต, 2564) สังคมโลก และสังคมไทยกำลังอยู่ในสังคมผู้สูงอายุ การเข้าสู่วัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงในด้านสภาพแวดล้อมต่าง ๆ หรือบุคคลใกล้ชิดต่างส่งผลต่อภาวะความเครียดของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านจิตใจ ที่มีการเปลี่ยนแปลงจะมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกสูญเสีย เช่น การเคยเป็นที่ยอมรับ เป็นผู้นำ หรือสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ส่งผลให้เกิดความรู้สึกลัวว่าเหงา เบื่ออาหาร ไม่มีแรง และมีปัญหาทางด้านสังคม จนเกิดเป็นความเครียดทางจิตใจ (ชิระวุฒิ อัจฉริยชีวินและชัยรัตน์ ชูสกุล, 2565) ความเครียดเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นและพบได้บ่อยในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ฉวีวรรณ แสงสว่าง, ลินจง โปธิบาล และทศพร คำผล, 2564) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเครียดของประชาชนภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 จากการศึกษาของ วานนี และคณะ (Vannini et al., 2021) ที่พบว่าความเข้มแข็งทางใจเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการรับมือกับความเครียดในช่วง COVID-19 การระบาดใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ เบิร์ก-การ์เซีย และคณะ (Burke-Garcia et al., 2021) พบว่าความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ

ความเครียดจะทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการเผชิญความเครียด เพื่อให้สามารถจัดการกับความขัดแย้ง และความต้องการของร่างกายทั้งภายในและภายนอก จะสามารถจัดการได้ดีมากขึ้นเพียงใดนั้นขึ้นกับความสามารถและการประเมินของแต่ละบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) ทั้งนี้ จากการศึกษาความชุกของความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า ความเครียดมี

ความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ ($r = -.363, p < .05$) (มะลิสานามศรี, หงษ์บรรเทิงสุข, ดรุณี ใจสว่าง, โชติกา สมสุวรรณ และอภิญญา เยาวบุตร, 2564)

(3) ความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ก่อให้เกิดผลกระทบทางลบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพกับบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน และสังคมลดลง ทำให้เกิดผลกระทบจนเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ความรู้สึกเหงาโดดเดี่ยวที่เกิดจากการขาดปฏิสัมพันธ์ทางบวกกับสังคม ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น (Husky et al., 2020; Hamza et al., 2021) ผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ จิตใจ กล่าวคือผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่รวมไปถึงการที่ต้องสูญเสียบุคคลสำคัญ เช่น คู่สมรส เพื่อน (Land & Michalos, 2018) รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมที่เกิดขึ้นร่วมกับปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นส่งผลให้ความคาดหวังของสังคมในผู้สูงอายุลดลง (วรุณี ชมภูพาน และคณะ, 2564) ในประเทศไทย ผู้สูงอายุร้อยละ 7.4 พบมีความวิตกกังวล อีกทั้งในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทั้งในสถานการณ์ในชีวิตประจำวันและเมื่อเกิดการเจ็บป่วยซึ่งมีความต้องการการดูแลในรูปแบบที่ต่างจากเดิม นอกจากนี้ การหลงเหลือของผลกระทบระยะยาวของการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (Post covid-19 syndrome) ส่งผลกระทบร้ายแรงต่อความสามารถของบุคคลในการกลับไปดำเนินชีวิตปกติทางสังคมหรือการกลับไปทำงาน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ที่นอกจากจะได้รับผลกระทบด้านร่างกายแล้วยังต้องทุกข์ทรมานกับผลกระทบด้านสุขภาพจิต และอาจมีผลกระทบทางเศรษฐกิจทั้งต่อตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคม (Kemp, Comer, & Colvin, 2020; Rajan & Khunti, 2021) จากการศึกษาของ เบิร์ก-การ์เซีย และคณะ (Burke-Garcia et al., 2021) พบว่า มีการระบุปัจจัยทั่วไปในประชากรต่าง ๆ เพื่อรองรับการฟื้นตัวท่ามกลางการระบาดของโควิด 19 รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นทางการและเป็นทางการ และการเข้าถึงบริการเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หากบุคคลมีความเข้มแข็งทางใจน้อยกว่าก็จะแสดงความวิตกกังวลต่อการรับมือกับความท้าทายทางอารมณ์ ในสถานการณ์โควิด-19 มากขึ้น ในการกลับกันหากบุคคลมีความเข้มแข็งทางใจที่สูงจะมีสัมพันธ์กับความวิตกกังวลที่ต่ำ (Killgore et al., 2020)

(4) การสนับสนุนทางครอบครัวในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review: SR) ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) ในผลกระทบระยะยาวของการติดเชื้อ

โคโรนาไวรัส 2019 (Post covid-19 syndrome) ในช่วง 1 มกราคม 2563 ถึง 5 มิถุนายน 2564 ผู้มีประวัติติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (SARS-CoV-2) มาแล้วอย่างน้อย 12 สัปดาห์ และอาการหายดีแล้ว พบภาวะซึมเศร้า (Depression) ได้ตั้งแต่ร้อยละ 11 - 28 และเป็นภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 3 - 12 พบมากในผู้หญิงและผู้สูงอายุ ความรุนแรงของอาการป่วยจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า และการเกิดภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับการลดลงของระบบการรับรู้ด้านระบบประสาท (neurocognitive function) (กรมสุขภาพจิต, 2565)

การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดจากบุคคลในครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ (Thoits, 1986) ช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ มีการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ระดับ .05 ($r = .456$) (อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) จากการศึกษาของ สมฤทัย เจริญไธสงและคณะ (2562) พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายความยืดหยุ่นในชีวิต คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .23, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วารี กังใจ และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (2559) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ Rodríguez-González et al. (2020) พบว่า ความเข้มแข็งทางใจที่มากขึ้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับขนาดของเครือข่ายสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .17, p = .001$) อีกทั้งยังพบว่า เครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่แข็งแกร่ง เป็นปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจในหมู่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะช่วงโควิด 19 (Lee et al., 2020; Li et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ อิศรีย์ ศิริวรรณกุลธร และคณะ (2564) ที่พบว่า ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสูงเล็กน้อย โดยการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การเพิ่มแรงสนับสนุนจากครอบครัว และคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในผู้สูงอายุสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งในการรับมือกับภาวะวิกฤตในชีวิตโดยเฉพาะผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 เพราะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้น (Lee et al., 2020) ดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมแรงหรือเสริมพลังในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ดีที่สุด

(5) พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุ

การมีส่วนร่วมในพฤติกรรมป้องกัน เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคมและการล้างมือ มีความสำคัญต่อการปกป้องสุขภาพร่างกาย (Wise, Zbozinek, Michelini, & Hagan, 2020)

พฤติกรรมกำบังตนเองจากโรคโควิด -19 ที่ถูกต้องนำไปสู่ความสามารถในการรับมือกับความท้าทายมากขึ้น สามารถช่วยให้เกิดความเข้มแข็งทางใจได้ สอดคล้องกับ ยิลดิริม & อาร์สแลน (Yildirim & Arslan, 2020) ที่ได้ศึกษา สำนวนความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น ความหวัง ลักษณะนิสัย พฤติกรรมกำบัง ความผาสุก และจิตใจสุขภาพของผู้ใหญ่ในช่วงเริ่มต้นของ COVID-19 พบว่า ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกำบัง ($r = .22, p < .001$) และการศึกษาของ ลิม และคณะ (Lim et al., 2021) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของบุคคลในพฤติกรรมกำบังโรคโควิด 19 มีความสำคัญอย่างยิ่งในการเสริมสร้างความยืดหยุ่นและสนับสนุนทางจิตใจของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ a Álvarez and Pinto 2023 พบว่า การได้รับวัคซีน ($\beta = .21, p < .001$) การรับรู้ภาวะสุขภาพจิต ($\beta = .25, p < .001$) และความปลอดภัยจากการใส่หน้ากากอนามัย ($\beta = .19, p < .001$) เป็นปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจได้ร้อยละ 7, 12, 19 ตามลำดับ

สรุป จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจ พบว่า ความเข้มแข็งทางใจเป็นตัวปัจจัยทำนายเชิงบวกของสุขภาพจิต ความเข้มแข็งทางใจจึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยป้องกันผลกระทบด้านลบของสุขภาพจิตในวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 อาจทำให้ผู้สูงอายุนำไปสู่การปรับตัว สามารถเผชิญปัญหาและเกิดความเข้มแข็งทางใจได้ การที่บุคคลจะเกิดความเข้มแข็งทางใจได้มีทั้งปัจจัยทางบวกและทางลบ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในการสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ได้แก่ อาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล พฤติกรรมกำบังโรคโควิด 19 และการสนับสนุนจากครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ พฤติกรรมกำบังโรคโควิด 19 และการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ ในการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทย การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในสถานการณ์ทั่วไป และศึกษาในผู้สูงอายุทั่วไป ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในการสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

2.3.1 ความหมายของความเครียด

ความเครียด (Stress) เป็นประสบการณ์ของชีวิตที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากเป็นผลมาจากมนุษย์จะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่าง ๆ หรือสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดการกระตุ้นและตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ต้องมีการปรับตัว แต่หากไม่สามารถรักษาสมดุลระหว่างตนเองและ

สิ่งแวดล้อม จะก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลต่ออารมณ์ กระบวนการคิด และศักยภาพในการปฏิบัติงานหรือการดำเนินชีวิต แต่อย่างไรก็ตาม ความเครียดส่งผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบต่อบุคคล ความเครียดที่อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ หรืออยู่ในระดับที่พอเหมาะ สามารถส่งผลให้มนุษย์สามารถมีความสุขได้ แต่ถ้าไม่สามารถควบคุมได้หรือมีมากเกินไป จะส่งผลให้เกิดความทุกข์ และขาดประสิทธิภาพในการทำงาน มีผู้กล่าวถึงความหมายของความเครียดไว้หลากหลาย ดังนี้

ฮันส์ ฮูโก บรูโน เซลี (Hans Hugo Bruno Selye, 1956) บิดาด้านการศึกษาความเครียด กล่าวว่าความเครียดเป็นภาวะหนึ่งของชีวิตที่ร่างกายของบุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามเมื่อบุคคลรับรู้ถึงการถูกคุกคามจะทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงและขาดสมดุลทางสรีรวิทยาชีววิทยาและชีวเคมีเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเรานั้น ๆ เรียกว่า กลุ่มอาการปรับตัวทั่วไป (General adaptation syndrome) เป็นลำดับขั้นของการตอบสนองต่อความเครียด (Loriaux, 2008)

เซลเย่ (Selye, 1974) กล่าวว่า ความเครียดเป็นภาวะที่ทำให้ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาจากทั้งภายในและภายนอก ที่มาคุกคามขัดขวาง การทำงาน การเจริญเติบโต ความต้องการของมนุษย์ เป็นผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้างและปฏิกิริยาทางเคมี เพื่อต่อต้านการคุกคาม ทำให้ภาวะทางร่างกายและจิตใจขาดความสมดุล แสดงให้เห็นโดยมีกลุ่มอาการทางร่างกายที่มีลักษณะเฉพาะ

วอลเลซ (Wallace.1978: 457) กล่าวว่า ความเครียดเป็นสิ่งจำเป็นในการเจริญเติบโตและพัฒนาการทั้งทางร่างกายและจิตใจ แต่ขณะเดียวกันความเครียดที่มากเกินไป ทำให้เกิดความเจ็บปวดได้ หรืออาจทำให้มีบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสมและหากเป็นความเครียดที่รุนแรงอาจเป็นสาเหตุการตายได้

ลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยที่บุคคลเป็นผู้ประเมินด้วยบุคลิกลักษณะของตนเองส่วนหนึ่งและตามธรรมชาติของเหตุการณ์ในขณะนั้นว่าความสัมพันธ์เกินขีดความสามารถหรือทรัพยากรที่มีอยู่ที่ตนเองจะใช้ต่อต้านได้ และรู้สึกว่าการคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อความสุข ในการเผชิญความเครียดจะเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเมื่อเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคามหรือปัญหาที่เกิดขึ้น และใช้ในการจัดการกับความต้องการของร่างกายทั้งภายในและภายนอกของบุคคล พฤติกรรมนี้จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา เมื่อบุคคลถูกคุกคามจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ทำให้บุคคลมีการปรับตัว และการแก้ไขปัญหา เพื่อให้เกิดดุลยภาพตามเดิม มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรมต่าง ๆ

ลักแมนและโซเรนสัน (Luckman & Sorenson, 1987) กล่าวว่า “ความเครียดเป็นการจัดการเพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่เกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อม มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลไม่พอใจและเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม”

มันดี และคณะ (Mondy; et al.1988) กล่าวว่า ความเครียดเป็นสภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ ผลกระทบของความเครียดมิได้มีเฉพาะความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลถึงการหย่อนประสิทธิภาพในการดำรงชีวิต เช่น การเรียน การทำงาน

บารอน และกรีนเบิร์ก (Baron & Greenberg.1990) กล่าวว่า ความเครียดเป็นภาวะที่เกิดจากปฏิกิริยาของร่างกายและจิตใจที่มีต่อสถานการณ์ใด ๆ ที่บุคคลรับรู้ได้ว่าถูกคุกคามในการบรรลุเป้าหมายของตน

นอยแมน (Neuman, 1995;1996) กล่าวว่า ความเครียดเกิดจากสิ่งที่เป็นปัญหาหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลในตัวบุคคล ทั้งด้านสรีระ (Physical) จิตใจ (Psychological) สังคม (Social) วัฒนธรรม (Cultural) พัฒนาการ (Developmental) และจิตวิญญาณ (Spiritual) ก่อให้เกิดความรู้สึกถูกคุกคาม แบ่งออกเป็นความเครียดภายในตัวบุคคล ความเครียดระหว่างบุคคลและความเครียดภายนอกบุคคล

ไพร์ตัน พุทธชาติคุณากร (2542) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ปฏิกิริยาของร่างกายและจิตใจที่มีต่อสิ่งที่มีมากระตุ้น คำว่าปฏิกิริยาที่ไม่ได้จำเพาะเจาะจงว่าส่วนใดส่วนหนึ่ง อาจจะเป็นการตอบสนองของร่างกายบางส่วน เช่น ปวดหัว หัวใจเต้นแรง เหงื่อออก หรือเป็นความรู้สึกกระวนกระวาย และสิ่งที่มีมากระตุ้นหรือสิ่งเร้าที่จะทำให้เกิดความเครียดก็แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

ลิขิต กาญจนารักษ์ (2547) ได้กล่าวว่า ความเครียดเป็นสภาวะจิตใจที่ตกอยู่ภายใต้ความกดดัน อาจเป็นสภาพแวดล้อมภายนอก หรือความต้องการภายในตัวบุคคล ความกดดันจะมีลักษณะที่คุกคามต่อสวัสดิภาพของบุคคลทำให้เกิดความรู้สึกลำบากใจและจำเป็นต้องหาทางออกหรือแนวทางแก้ไข

กรมสุขภาพจิต (2553) ให้ความหมายว่า เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ ถูกบีบคั้น วิตกกังวล เกิดจากการที่บุคคลรับรู้และประเมินสิ่งที่เข้ามาว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ ส่งผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป

พนิตตา ศรีหาค้าง (2556) กล่าวว่า “ความเครียดเป็นผลของการประเมินเหตุการณ์ที่บุคคลนั้นเห็นว่ามีผลคุกคามต่อความเป็นสุข รู้สึกหนักใจ เกินความสามารถของตนเอง หรือต้องใช้แหล่งทรัพยากรอย่างเต็มที่เพื่อเผชิญกับปัญหานั้น ๆ”

มัทนา วัฒนอมศักดิ์ (2558) กล่าวว่า “ความเครียดเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับจิตใจของบุคคลที่ตอบสนองต่อสถานการณ์หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่มารบกวนและทำให้บุคคลเกิดอาการผิดปกติทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตและการทำงาน”

นันทวี อุบลมัย, กฤษฎ์ เต็มทิพย์ทวีกุล และกฤษฎา เขียววัฒนสุข (2561) กล่าวว่า ความเครียดเป็นการที่บุคคลรับรู้หรือรู้สึกถึงปัญหาที่ได้รับจากสภาวะแวดล้อมรอบตัว ไปจนถึงสภาวะที่เกิดขึ้นจากที่ทำงาน ทำให้เกิดความรู้สึกอัดอั้น คับข้องใจ หรือถูกคุกคามจากปัญหาในที่ทำงาน เช่น การมีปริมาณงานที่มากเกินไป ทำให้เกิดความรู้สึกกดดัน เมื่อสมดุลทางร่างกายและจิตใจของบุคคลถูกรบกวนจากความเครียดในงาน บุคคลนั้นจะไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากที่ศึกษามาข้างต้น ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า ความเครียดเป็นกลุ่มอาการที่ปรากฏที่ปรากฏขึ้นอันเกิดจากร่างกายและจิตใจถูกกระตุ้นเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบทั้งจากภายนอก และภายในร่างกาย และเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิมได้ การตอบสนองของร่างกายและจิตใจที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่บุคคลนั้น ประเมินว่าเป็นสิ่งที่เข้ามาคุกคามและเกินขีดความสามารถของคนที่จะสามารถจัดการได้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความเครียดของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยและผลกระทบต่าง ๆ ผู้สูงอายุจะต้องประเมินสถานการณ์ การประเมินจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน และทุกความเครียดผู้สูงอายุอาจจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ช่วยบรรเทาความเครียดที่แตกต่างกัน ขึ้นกับระดับของความเครียดที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขได้ หากผู้สูงอายุเกิดความเครียด และสามารถเผชิญปัญหา รวมทั้งเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ช่วยจัดการกับความเครียดให้ลดลงได้ จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้า สามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ และสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีความเครียด ลาซาลัสและโพลค์แมน (Lazarus & Folkman) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงในด้านของความสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกันในการประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ของบุคคลที่ต้องเผชิญนำมาอภิปรายเพิ่มเติม

2.3.2 ทฤษฎีความเครียด

2.3.2.1 แนวคิดของ เซลเย่ (Selye, 1956) อธิบายว่า ความเครียดเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อการกระตุ้น การตอบสนองออกมาในกลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง (General Adaptation Syndrome) การตอบสนองต่อความเครียด มี 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 “Alarm reaction” ระยะตกใจร่างกายเตรียมพร้อมเพื่อเผชิญหน้ากับความเครียด เช่น หัวใจหรือชีพจรเต้นเร็วขึ้นหายใจถี่ขึ้น ม่านตาขยายกล้ามเนื้อเครียดเกร็ง

ระยะที่ 2 “Resistance” ระยะต้านทานร่างกายพยายามปรับตัวรับมือกับความเครียดเพื่อรักษาภาวะสมดุล (Coping mechanism) และแสดงออกด้วยความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การวิตกกังวล นอนไม่หลับ ความโกรธ และความอ่อนเพลีย

ระยะที่ 3 “Exhaustion” ระยะหมดแรงเมื่อบุคคลอยู่ใต้ความกดดันที่ก่อให้เกิดความเครียดซ้ำ ๆ หรือเป็นเวลานาน เมื่อบุคคลไม่ประสบความสำเร็จในการปรับตัวรับมือกับความเครียดหรือความกดดันนั้นได้ (ตามที่ปรากฏในระยะที่ 2) และเมื่อความเครียดนั้นยังคงอยู่ก็จะทำให้บุคคลสูญเสียพลังร่างกายเสื่อมโทรมและเกิดความเจ็บป่วย เช่น โรคกระเพาะ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

2.3.2.2 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตกับความเจ็บป่วย ของ โฮล์มส์และราห์ (Holmes & Rahe, 1967) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ และการสูญเสียที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต และสังคม ถือเป็นภาวะเครียดที่เต็มไปด้วยความสับสน และความขัดแย้งในใจ ทำให้มนุษย์ต้องมีการปรับตัว (Rahe & Arthur, 1968) การวัดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตเป็นการวัดความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น (Environmental events) กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ (Health changes) วิธีการนี้ตกลึกเป็นครั้งแรกใน "แผนภูมิชีวิต Life Chart" ของอดอล์ฟ เมเยอร์ (Adolf Meyer) มีการจัดระเบียบข้อมูลทางการแพทย์ให้เป็นชีวประวัติแบบไดนามิก (Dynamic biography)

2.3.2.3 ลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวถึง ทฤษฎีความเครียดในด้านความสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมว่า ภาวะความเครียดเป็นการประเมินเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อตนเองและต้องใช้แหล่งประโยชน์ ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง ดังนั้น บุคคลจะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การประเมินสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลนั้น โดยผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิดซึ่งแบ่งเป็น การประเมินแบบปฐมภูมิ (Primary appraisal) และ การประเมินแบบทุติยภูมิ (Secondary appraisal)

1. การประเมินแบบปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองว่าอยู่ในลักษณะใด เช่น การประเมินความสำคัญกับตนเองหรือมีผลในทางที่ดีกับตนเองดังนั้น ตนไม่จำเป็นต้องใช้ความพยายามใน

การปรับตัวหรือประเมินว่าเป็นความเครียดทำให้บุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์ ในการปรับตัวมาใช้ อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ซึ่งการประเมินว่าเป็นความเครียดนั้น จะต้อง มี 3 ลักษณะ คือ

(1) เป็นอันตรายหรือสูญเสีย

(2) รับรู้ว่าคุณค่าต่อชีวิต และสวัสดิภาพของตนเองทั้งในปัจจุบัน

และอนาคต

(3) เป็นอันตรายแต่ทำทายเป็น มีทางที่จะควบคุมได้หรืออาจเป็น ประโยชน์กับตนเอง ทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น

2. การประเมินแบบทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมิน ถึงแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้น ๆ รวมทั้งประเมินทั้งแบบปฐมภูมิ และ ทุติยภูมิไปพร้อม ๆ กัน การที่บุคคลจะตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็น ความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้าและปัจจัยด้าน บุคคล

(1) ปัจจัยเฉพาะหน้า ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำ ให้เกิดอันตรายหรือสูญเสีย ถ้าเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้ว่ามีผลอย่างไรในอนาคตบุคคลจะ ประเมินว่าเป็นภาวะคุกคามหรือเหตุการณ์นั้นไม่มีความแน่นอน บุคคลอาจประเมินว่าเป็นภาวะ ความเครียด

(2) ปัจจัยด้านบุคคล ขึ้นอยู่กับข้อผูกพันระหว่างบุคคลกับเหตุการณ์ นั้นมากน้อยเพียงใด ถ้ามีมากบุคคลอาจจะประเมินว่าเป็นภาวะความเครียดที่คุณค่าสวัสดิภาพของ ตนเองเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลต่อความสามารถที่จะควบคุม เหตุการณ์นั้น ๆ ได้ ถ้าคิดว่าสามารถควบคุมได้ ความเครียดนั้นอาจแสดงออกมาในลักษณะทำทายเป็น เมื่อใดมีข้อมูลใหม่บุคคลอาจเปลี่ยนแปลงการรับรู้ และประเมินตัดสินใหม่ต่อเหตุการณ์นั้น ๆ

2.3.2.4 ทฤษฎีความเครียดของ สเลวิน (Slavin. 1991) เสนอรูปแบบ กระบวนการความเครียด พัฒนาตามทฤษฎีความเครียดของลาซารัส และโพล์คแมน (Lazarus & Folkman.1984) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ประการ คือ

1. เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Occurrence of a potentially stressful event) ความเครียดเป็นผลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม รวมถึง เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ เกิดขึ้นแก่บุคคลนั้นด้วย ดังนั้น เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นถือเป็นสิ่งเร้าที่มา กระตุ้นให้เกิดความเครียดได้ และจะมีความหมายมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับประเมินของบุคคล เหตุการณ์ที่ถือเป็นสิ่งเร้านี้จะมีคุณลักษณะคุณสมบัติภายในและภายนอก

2. การประเมินทางปัญญาข้างต้น (Primary appraisal) เป็นการประเมินเหตุการณ์หรือสภาวะการณ์ในสภาพแวดล้อมของบุคคลโดยทั่ว ๆ ไปไม่เฉพาะเจาะจง เพื่อจะตัดสินว่ามีผลคุกคามต่อตนเองหรือไม่ ประเมินจะใช้ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล คือ ค่านิยม และความเชื่อของบุคคลในการประเมิน เช่น การถามตนเองว่า “ฉันมีปัญหาหรือไม่” และปัจจัยทางสภาพการณ์คือเหตุการณ์แปลกใหม่

จากการศึกษาค้นคว้า ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ความเครียดเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ เมื่อการกระทำกับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ไม่สัมพันธ์กัน ทำให้บุคคลมีการตอบสนองทางอารมณ์แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบด้วย

2.3.3 ผลกระทบของความเครียด

ความเครียดเป็นสิ่งที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เป็นความกดดันจากสิ่งเร้าทั้งภายนอกและภายใน มีผลต่อชีวิตประจำวัน มีการศึกษาอิทธิพลของความเครียด และภาวะอารมณ์ซึมเศร้า เช่น ความเครียดจากการรับรู้เหตุเหตุการณ์ ความทุกข์ใจ เหตุการณ์ในชีวิต ความเครียดจากงาน ความเครียดจากบทบาทหน้าที่ และความเครียดระหว่างงานและครอบครัว ที่ส่งผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและจิตใจของบุคคล (Stults-Kolehmainen & Sinha, 2014; ญัฐชนน มุ่งมี และคณะ, 2563) เมื่อบุคคลเกิดภาวะเครียด และไม่สามารถปรับตัวให้เผชิญกับความเครียดได้

ภาวะที่ร่างกายและจิตใจตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่คุกคาม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อต่อต้านการคุกคามจากสิ่งเร้า มีการตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีความรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ความเครียดอาจมีผลกระทบที่แตกต่างกันในการยอมรับต่อปัญหาที่เกิดขึ้น การดูแลร่างกายและจิตใจของตนเอง การออกกำลังกาย และการป้องกันการกำเริบของโรคทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Stults-Kolehmainen & Sinha, 2014) เมื่อเกิดความเครียดบุคคลต้องมีการปรับตัว เพื่อให้ความเครียดลดลงและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข (จิรกุล ครอบสอน และนุจรี ไชยมงคล, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่า ความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความต้องการในการมีกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Stults-Kolehmainen & Sinha, 2014) ทำให้ความเครียดส่งผลกระทบต่อชีวิต แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ผลกระทบต่อร่างกาย (Physical effects) ความเครียดเป็นสภาวะของปฏิสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจ เป็นปัจจัยการแสดงออกของโรคที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยการสื่อสารแบบสองทางระหว่างสมองกับระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบอื่น ๆ ผ่านกลไกของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ ทำให้เกิดอาการไม่สบายทางกายต่าง ๆ เช่น ปวดหัว ปวดเมื่อยตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ความผิดปกติของหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหารท้องผูกท้องเสียบ่อย ๆ นอนไม่หลับ หอบหืด เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งไม่ใช่แค่เหตุการณ์ถึง

เครียดอย่างมากเท่านั้นที่ทำให้เสียชีวิต แต่เป็นเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่ยกระดับและคงไว้ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ของระบบทางสรีรวิทยา ทำให้เกิดการอดนอน การกินมากเกินไป และพฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพอื่น ๆ รวมถึงพันธุกรรม พฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้สารเสพติด ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเครียดมากขึ้น เมื่อเวลาผ่านไปจะส่งผลให้เกิดการสึกหรอของร่างกาย (Acharya, 2003; McEwen, 2022)

เมื่อมีความเครียดร่างกายจะมีการตอบสนองต่อความเครียด 4 ด้าน (Cox, 2000; Gershon, 2009) ประกอบด้วย

1. การตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Emotion) เป็นการตอบสนองต่อความเครียดด้านจิตใจ มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิด โกรธ วิตกกังวล ไม่มีความสุข ซึมเศร้า ที่เกิดขึ้นหลังจากที่มีความขัดแย้ง ความล้มเหลว หรือความสูญเสีย

2. การตอบสนองทางด้านความรู้คิด (Cognitive) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกนึกคิด การตอบสนองด้านนี้เป็นสาเหตุของมีปัญหาด้านความจำ การคิด ขาดสมาธิ หรือมีสมาธิลดลง การตัดสินใจไม่มีประสิทธิภาพ มีความคิดในด้านลบ หรือมองโลกในแง่ร้าย นอกจากนี้ยังมีกลไกการป้องกันตัวตามทฤษฎีของ ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) เป็นกลไกการป้องกันตัว (Defense mechanisms) ที่ทำให้บุคคลไม่สามารถพัฒนาวิธีการเผชิญความเครียดได้ (Cramer, 2001; Santana et al., 2017)

3. การตอบสนองโดยกระบวนการทางสรีระของร่างกาย (Physiological reaction) ในภาวะที่เกิดความเครียด มนุษย์จะมีการปรับตัวใน 2 ลักษณะ คือ การสู้ และการหนี เมื่อเกิดความเครียดจะทำให้เกิดความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็วขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด การปรับตัวในขั้นแรกนี้ เรียกว่า “ขั้นการกระตุ้นเตือน” จากนั้นการกระตุ้นเตือนของร่างกายจะลดลง แต่ยังคงสูงกว่าปกติ แม้จะช่วยเผชิญกับภาวะเครียด แต่ก็ทำให้ร่างกายอ่อนแอลงปวดเมื่อยที่คอและหลัง ภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นหวัดบ่อย ปัสสาวะบ่อย อาหารไม่ย่อย เจ็บหน้าอก ความรู้สึกทางเพศลดลง ในขั้นนี้เรียกว่า “ขั้นต้านทาน” เมื่อมีสิ่งเร้านาน ๆ จะทำให้พลังงานทางร่างกายสูญเสีย ความต้านทานโรคของร่างกายต่ำลง ร่างกายอ่อนแอ และอาจทำให้เกิดโรคที่ขึ้นเสียชีวิตได้ ซึ่งเป็น “ขั้นหมดแรง” สภาวะทั้ง 3 ขั้นนี้ เซลเย่ (Selye, 1974) เรียกว่า “การปรับตัวทั่วไป” จะเกิดขึ้นกับบุคคลทุกคน เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่ทำให้รู้สึกตื่นเต้น ตกใจ กลัว หรือเสียใจ

4. การตอบสนองทางด้านพฤติกรรม (Behavior) ทำให้มองเห็นว่าบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรจากการกระทำ การพูด การรับประทานอาหารมากขึ้นหรือน้อยลง นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ แยกตัว ขาดความรับผิดชอบ ผัดวันประกันพรุ่งบ่อยครั้งบุคคลจะมีพฤติกรรมปรับตัวต่อความเครียดในทางที่ผิด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เล่นการพนัน การเปลี่ยนแปลงของ

สารเคมีบางอย่างในสมองทำให้บุคคลมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น พร้อมทั้งจะเป็นศัตรูกับผู้อื่นได้ง่าย ทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายร่างกายตนเอง นำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความเครียด บุคลิกภาพ และสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น เช่น สีหน้าที่แสดงออก ความสิ้นของน้ำเสียง

2. ผลกระทบต่อจิตใจ สมองเป็นอวัยวะสำคัญของความเครียด เนื่องจากสมองเป็นตัวกำหนดว่าอะไรคุกคามและทำให้เกิดความเครียด และกำหนดการตอบสนองทางสรีรวิทยาและพฤติกรรมด้วย บริเวณสมอง เช่น ฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) อมิกดาลา (Amygdala) และคอร์เท็กซ์ส่วนหน้า (Frontal cortex) ตอบสนองต่อความเครียดเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ซึ่งตอบสนองทางพฤติกรรมและสรีรวิทยา การศึกษาเชิงแปลในมนุษย์ด้วยการถ่ายภาพเชิงโครงสร้างและการทำงานเผยให้เห็นปริมาณฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ที่น้อยลงในสภาวะที่เกี่ยวข้องกับความเครียด เช่น ความบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อยในวัยชรา และการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นเวลานาน ตลอดจนในบุคคลที่มีความนับถือตนเองต่ำ (McEwen, 2022) ความเครียดนำไปสู่ความวิตกกังวล ซึมเศร้า กลัวอย่างไร้เหตุผล อารมณ์ไม่มั่นคง เปลี่ยนแปลงง่าย หรือโรคประสาทบางอย่าง นอกจากนี้ความเครียดส่งผลต่อร่างกายและจิตใจ ย่อมส่งผลไปถึงประสิทธิภาพในการทำงาน สัมพันธภาพต่อครอบครัวและบุคคลแวดล้อม และเมื่อประสิทธิภาพในงานตกต่ำ สัมพันธภาพลดลง จิตใจย่อมได้รับผลดีเครียดมากขึ้นซ้ำซ้อน นับว่าความเครียดเป็นภัยต่อชีวิตอย่างยิ่ง

2.3.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด

ความเครียดเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นได้กับทุกเพศ ทุกวัย จะมีความเครียดมากน้อยแตกต่างกันไป ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความเครียดมีหลายปัจจัย ในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน (Cox, 2000; ชัยวัชร์ อภิชาติศิริ และคณะ, 2550; Gershon, 2009; เอื้อพร ดิ คคินสัน และกนกวรรณ มะโนรมย์, 2558; Owusu & George, 2017; ณีฎฐพร รอดเจริญ และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2562; อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และคณะ, 2563) เช่น

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา บุคลิกภาพ รายได้ต่อเดือน ค่าใช้จ่ายต่อเดือน ปัญหาด้านสุขภาพ ลักษณะการอยู่อาศัย เศรษฐฐานะ หรือความเป็นอยู่ในชีวิตและสังคม ความเชื่อมั่นในตนเอง การใช้สารเสพติด สาเหตุที่เชื่อมโยงกับความเครียด และโรคประจำตัว การเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ และภาวะจิตใจถูกขัดขวางทำให้เกิดความคับข้องใจ เกิดความรู้สึกไม่พอใจ โกรธ วิตกกังวล

2. ปัจจัยด้านครอบครัว (Family factors) ประกอบด้วย การเลี้ยงดู สถานภาพสมรส แหล่งความช่วยเหลือ และ สัมพันธภาพภายในครอบครัว ความรู้สึกของคุณค่าของครอบครัว เหตุการณ์ในครอบครัว เช่น และการสูญเสียสิ่งที่รัก บุคคลที่รัก หรือของรัก

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ประกอบด้วย การเรียน บทบาทหน้าที่การทำงาน หรือความรับผิดชอบ สภาพแวดล้อมในการทำงาน และการดำรงชีวิต การตกงาน การถูกลดตำแหน่ง การย้ายงาน ความปลอดภัยในการทำงาน ความพึงพอใจในงานที่ได้รับมอบหมาย อัตราการแข่งขันในการทำงานและสังคม ลักษณะของสภาพสังคม การคมนาคม และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงของชีวิตที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยา

4. ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural factors) ประกอบด้วย ปัญหาเศรษฐกิจ การเงิน สังคมและวัฒนธรรม ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ยากจน การมีรายได้ไม่พอกับรายจ่าย ความมั่นคงของชีวิต การเคารพผู้อาวุโสและการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการยอมรับทางสังคม

5. ปัจจัยด้านเวลา (Time factors) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ ประกอบด้วย ช่วงเวลาก่อนเกิดเหตุการณ์ ช่วงเวลาที่สถานการณ์นั้นมีต่อบุคคล เป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง และสถานการณ์นั้นเกิดขึ้นกับบุคคลเมื่อใด

2.3.5 การประเมินความเครียด

2.3.5.1 แบบประเมินความเครียด (ST-5) เป็นแบบวัดระดับความเครียดที่สร้างขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2565) มีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้วัดความเครียดสำหรับคนไทย จำนวน 5 ข้อ คะแนนจากการประเมินจะมีตั้งแต่ 0-15 คะแนน สามารถแปลคะแนนรวมเป็นระดับความเครียดได้ 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0-4 คือ เครียดน้อย คะแนน 5-7 คือ เครียดปานกลาง คะแนน 8-9 คือ เครียดมาก และคะแนน 10-15 คือ เครียดมากที่สุด ซึ่ง 8 คะแนนขึ้นไปเป็นความเครียดสูงในระดับที่อาจจะส่งผลเสียต่อร่างกายหรือต้องพบแพทย์

2.3.5.2 แบบวัดการรับรู้ความเครียด Perceived Stress Scale (PSS) ของโคเฮน แคมมาร์ค และเมอร์เมลสไตน์ (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) ตามแนวคิดของ ลาซารัส (Cohen, Kessler, & Gordon, 1995) แปลเป็นภาษาไทยผ่านการตรวจสอบความถูกต้องโดยใช้เทคนิคการแปลแบบย้อนกลับ (Back translation) โดยปราณี มิ่งขวัญ (2542) ลักษณะเครื่องมือประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อคะแนน คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert, scale) มี 5 อันดับ ช่วงคะแนน 1-5 ให้คะแนนตามความบ่อยของความถี่ คือ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง เกือบทุกครั้ง โดยมีข้อคำถามทางบวก ประกอบด้วย ข้อ 4, 5, 6, 7, 9, 10 และ 13 ส่วนอีก 7 ข้อที่เหลือเป็นคำถามทางลบ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 14 ถึง 70 มีสัมประสิทธิ์แอลฟาของความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 3 ระดับ ตามช่วงคะแนนในแต่ละระดับให้เท่ากัน ดังนี้ ช่วงคะแนน 14-32 คะแนน มีความเครียดระดับต่ำ ช่วงคะแนน 33-51 คะแนน มีความเครียดระดับปานกลาง และช่วงคะแนน 52-70 คะแนน มีความเครียดระดับสูง

2.3.5.3 แบบวัดความเครียดสวนปรุง กรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ (Suanprung Stress Test-20, SPST - 20) พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และ พิมพ์มาศ ตาปัญญา (2540) เป็นการสอบถามระดับความเครียดที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองใน 6 เดือนที่ผ่านมา ให้คะแนนระดับความเครียดเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ และแบ่งการแปลผลความเครียดเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 0-23 มีระดับความเครียดน้อย (Mild stress) คะแนน 24-41 มีระดับความเครียดปานกลาง (Moderate stress) คะแนน 42-61 มีระดับความเครียดมาก (High Stress) และคะแนน 62 คะแนนขึ้นไป มีระดับความเครียดรุนแรง (Severe Stress) ได้ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

2.3.5.4 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด (Strain) ของโรงพยาบาลมหารมย์ (2565) ข้อความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึกที่แสดงออกในลักษณะต่าง ๆ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อคะแนน คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert, scale) มีคำตอบ 4 คำตอบ สำหรับข้อความแต่ละประโยค คือ ไม่จริง จริงบางครั้ง ค่อนข้างจริง และจริงมาก

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) เป็นแบบวัดระดับความเครียดที่สร้างขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ข้อคำถามมีความเข้าใจง่าย

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นภาวะอารมณ์ที่มนุษย์ประสบอยู่เสมอในชีวิตประจำวัน เป็นอารมณ์ที่สลับซับซ้อนที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งคุกคามตามการรับรู้แล้วแปลผลตามทัศนะของตน ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายกาย หรือจิตใจ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นมากขึ้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวล

2.4.1 ความหมายของความวิตกกังวล

มีผู้มีความสนใจศึกษาเรื่องความวิตกกังวลกันมานาน ทั้งกลุ่มนักปรัชญา จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาล ให้ความหมายไว้หลายประการ เช่น

โรเจอร์ส (Rogers, 1951) ให้ความหมายของความวิตกกังวลโดยมุ่งเน้นไปที่ความไม่สอดคล้องกันระหว่างตนที่เป็นจริง (Real self และตนในอุดมคติ (Ideal self) ซึ่งเมื่อเกิดสภาวะความไม่สอดคล้องกันดังกล่าว ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลทางด้านจิตใจ ไม่สบายใจ หวาดหวั่น ก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น

สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1966) กล่าวว่า “ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกที่ ก่อให้เกิดพฤติกรรมอารมณ์ และลักษณะทางสรีรวิทยาที่ตอบสนองกระบวนการทางความคิด การ

เข้าใจ ของบุคคล โดยบุคคลรับรู้ และประเมินสถานการณ์ว่าเป็นการคุกคามตน” ดังนั้น ความวิตกกังวลจึงไม่ได้เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลโดยตรงจากสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ แต่เป็นกระบวนการที่เกิดจากการที่บุคคลประเมินได้จากความน่าจะเป็นของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นผลมาจากการที่บุคคลเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตที่ตนเองได้ถูกคุกคาม นอกจากนี้ สไปล์เบอร์เกอร์ (Spielberger) ยังกล่าวว่า “ความวิตกกังวลเป็นความเครียดที่เกิดจากความมั่นคงปลอดภัยของบุคคลถูกคุกคาม สิ่งที่คุกคามอาจมีจริงหรือเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า ความวิตกกังวลทำให้ประสิทธิภาพในการตอบสนองความต้องการของบุคคลลดลง หรือมีผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความวิตกกังวลมีหลายระดับขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล และประสิทธิภาพในการประเมินสถานการณ์ของบุคคล ความวิตกกังวลในระดับพอเหมาะจะกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ความวิตกกังวลที่น้อยเกินหรือมากเกินไปจะทำให้ประสิทธิภาพของการทำงานของคุณลดลง”

แลเดอร์ และมาร์ค (Lader & Marks, 1971) กล่าวว่า “ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นสิ่งควบคู่กับความเครียด (Stress) ที่ถูกคุกคามเป็นความกลัว (Fear) ที่เป็นเหตุการณ์เกิดขึ้นในอนาคตที่ไม่อาจจะระบุได้ชัดเจน และเป็นผลจากการประเมินว่าเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่กำลังคุกคามต่อสวัสดิภาพ”

ซุง (Zung, 1971) กล่าวว่า ความวิตกกังวล คือการแสดงออกทางอารมณ์ที่แสดงให้เห็นถึงความรู้สึกไม่สบายใจ ภาวะวุ่นวายใจ หวาดหวั่นว่าอาจจะมีอันตรายเกิดขึ้นโดยหาสาเหตุไม่ได้ มักจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายร่วมด้วย เช่น มือสั่น ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น

จันท์เพ็ญ ผลวงษ์ (2555) กล่าวว่า “ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่รู้สึกไม่สบายใจมีความตึงเครียดต่อเหตุการณ์ที่เข้ามาคุกคามได้ ส่งผลให้แต่ละบุคคลเกิดการตอบสนองทั้งทางร่างกายจิตใจและพฤติกรรมแตกต่างกันไปตามระดับความรู้สึกนั้น”

จูเลียน (Julian, 2011) กล่าวว่า “ความวิตกกังวลเป็นสัญญาณอันตรายของจิตใจที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลประสบภาวะคับขันหรือภาวะอันตรายเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ รู้สึกว่าจะมีสิ่งเลวร้ายหรืออันตรายเกิดขึ้นโดยบอกสาเหตุไม่ได้ ซึ่งอาจมีความรู้สึกกลัวรวมอยู่ด้วย”

อกนิษฐ์ เลศศักดิ์ (2556) กล่าวว่า “ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองโดยอัตโนมัติต่อสิ่งเร้าบางอย่างที่มากระตุ้นที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้และมีความรู้สึกที่ถูกคุกคามซึ่งอาจมีการแสดงออกทั้งทางอารมณ์ ความรู้สึกและการแสดงออกทางกาย โดยมีปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้หลายปัจจัยและมีความแตกต่างกันออกไป”

ธนาวรรณ ศรีสกุลวงศ์ (2556) กล่าวว่า “ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางจิตใจ ความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ ไม่สบายใจกับสิ่งที่คุกคามหรือการคาดการณ์เหตุการณ์ล่วงหน้าทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาโดยการแสดงออกทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์เมื่อเผชิญหน้ากับสิ่งคุกคามนั้น”

เลวิตต์ (Levitt, 2015) กล่าวว่า “ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่ทุกคนคุ้นเคย และประสบในการดำรงชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลจัดเป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เกิดขึ้นตั้งแต่แรกคลอดและเกิดต่อเนื่องจนตลอดชีวิต เป็นอารมณ์ที่ซับซ้อนที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น หรือสิ่งที่คุกคามตามการรับรู้แล้วแปลผลตามทัศนคติของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Physio) จิตใจ (Psycho) และพฤติกรรม (behavior) จะมีผลต่อบุคคลทั้งในด้านการรับรู้การคิด (Cognition) การตัดสินใจ (Decision) การตกลงใจ (Resolve) และการเรียนรู้ (Learning) จึงกล่าวได้ว่า ความวิตกกังวลมีผลต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด และจิตใจ”

ไมนา, เมารี และรอสซี (Maina, Mauri, & Rossi, 2016) กล่าวว่า “ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ รู้สึกความกระวนกระวายใจ ความหวาดหวั่นพรั่นพรึง เกิดขึ้นพร้อมกับความคาดหวังหรือความคาดหวังถึงการได้รับผลกระทบทางลบต่อตนเองในอนาคต”

ตฎิลา จำปาวัลย์ (2561) กล่าวว่า “ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่ทุกคนประสบอยู่ในการดำรงชีวิตประจำวัน” ในขณะที่ ความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (State Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามา และประเมินเหตุการณ์ล่วงหน้าที่เกินความสามารถของตนเองที่เป็นอยู่จริง รวมทั้งรู้สึกถึงการถูกคุกคาม ความมั่นคงปลอดภัยของตน

แบนเดโลว์, มิคาเอลิส และเวดไคนด์ (Bandelow, Michaelis, & Wedekind, 2022) กล่าวว่า “ความวิตกกังวลเป็นสภาวะอารมณ์ที่บุคคลรู้สึกกังวล กระวนกระวาย เครียด รู้สึกว่าแห้ว มีความคิดเกี่ยวกับความตาย รวมถึงมีอาการนอนไม่หลับ และอาการชาหรือเจ็บแปลบตามร่างกายในชีวิต เป็นความรู้สึกทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่มีความหวาดกลัว รู้สึกไม่แน่ใจต่อสิ่งที่กำลังจะเผชิญหน้าซึ่งไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ ดังนั้น แต่ละบุคคลก็จะแสดงอาการตอบสนองสิ่งที่เข้ามาคุกคามแตกต่างกันไปด้วยทำให้การแสดงออกของพฤติกรรมของแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไปตามสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ”

จากแนวคิด และความหมายต่าง ๆ ดังได้กล่าว ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลหมายถึง ความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่ตอบสนองต่อความกังวล หรือความกลัว ทำให้สูญเสียหน้าที่ มีปัญหาด้านการนอน รู้สึกเหมือนขาดที่พึ่ง หมดหวัง ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานของสมอง เช่น ความคิด ความจำ และทักษะการแก้ปัญหาลดลง ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้

บุคคลจะประเมินและคาดคะเนแตกต่างกันไปแล้วแต่การรับรู้และการคิดของแต่ละบุคคล โดยบุคคลที่ประเมินว่าสิ่งเร้านั้น จะทำให้เกิดความไม่พอใจหรือเกิดอันตรายขึ้นกับตนเองก็จะมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นมาก บางครั้งอาจมีพฤติกรรมที่ตอบสนองมากเกินไป เมื่อเทียบกับอันตรายของสิ่งเร้าที่จะสามารถส่งผลกระทบต่อบุคคล ถ้าหากบุคคลประเมินสิ่งเร้าแล้วรู้สึกว่สิ่งเร้าจะเป็นอันตรายอย่างมากต่อตนเอง บุคคลอาจจะไม่มีความคิดที่จะช่วยเหลือตนเองในการที่จะจัดการกับสิ่งเร้านั้นได้

2.4.2 สาเหตุของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นหนึ่งในปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยที่สุด สามารถเกิดขึ้นได้ทุกสถานการณ์ บุคคลส่วนใหญ่มักประสบกับความวิตกกังวลในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากเรื่องทั่วไป ขึ้นอยู่กับการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มากระตุ้น หรือการถูกคุกคามความปลอดภัย หรือการนับถือตนเอง เช่น การเริ่มงานใหม่ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นโดยคาดไม่ถึง หรือปัญหาด้านสุขภาพ ความรู้สึกวิตกกังวลบ่อยและมากเกินไป ความกลัว ความหวาดกลัว หรือตื่นตระหนกเป็นส่วนหนึ่งของสถานการณ์ในชีวิตประจำวันและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (McNaughton, 1997; Daud, Daud, & Kassim, 2016; Sharpe, Sinclair, Kramer, de Manincor, & Sarris, 2020) สาเหตุของความวิตกกังวล มีหลายสาเหตุ (ตฤลิลา จำปาวัลย์, 2018; Hilliard, Kear, Donelan, & Heaney, 2020; Erkinovna, 2021) เช่น

1. สภาพแวดล้อม เช่น การเกิดปัญหาและความขัดแย้งภายในครอบครัว ภาวะตกต่ำทางเศรษฐกิจของตนเอง ครอบครัว และสังคม
2. ความอ่อนแอของจิตใจ เช่น การได้รับการเลี้ยงดูที่ผิดหรือไม่ถูกต้อง การไม่ได้รับความรัก ความใกล้ชิด ความสนใจ ความอบอุ่นทางจิตใจ ความไม่มั่นใจในตนเอง
3. ความเจ็บป่วยทางกายมีผลต่อจิตใจ เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรัง การผ่าตัด ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา ความเศร้าหรือกังวลทันทีหลังจากเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก
4. โรคทางกายที่แสดงอาการกระวนกระวาย เช่น ภาวะหยุดยาด (Withdrawal)
5. ภาวะทางเศรษฐกิจ เช่น การกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย

ความวิตกกังวลสามารถเกิดขึ้นได้ในทุก ๆ สถานการณ์ที่บุคคลถูกคุกคามทั้งต่อความปลอดภัยและการนับถือตนเอง สามารถแบ่งสิ่งคุกคามได้เป็น 2 ชนิด (Mitchell & Loustau, 1981) คือ

1. สิ่งคุกคามด้านร่างกายหรือทางชีวภาพ (Physical integrity/Biological Integrity) ทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำรงชีวิต (Imbalance in life) หรือความสามารถของ

บุคคลลดลง เช่น เกิดการเจ็บป่วย การได้รับอุบัติเหตุจนต้องรับผ่าตัด ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการพัฒนาการในวัยต่าง ๆ รวมถึงสิ่งรบกวนต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (Basic human needs) และเจตคติ (Attitude) (Richards, Webb, & Clay, 2015; Cope, Crabtree, & Lupu, 2018)

2. สิ่งคุกคามต่อความเป็นตนเองหรือคุณค่าในตนเอง (Threats to self/Self-esteem) เป็นสิ่งคุกคามความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง (Self-worth and dignity) มีผลต่อการยอมรับนับถือตนเอง เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่สู่บทบาทใหม่ ผู้ที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ผู้ที่ต้องเปิดเผยร่างกายของตนเอง การต้องปฏิบัติตามวัฒนธรรมของสังคม และความกลัววัตถุ สถานที่ หรือสถานการณ์ที่เป็นอันตราย (Cohen & Sherman, 2014; ตฤลิลา จำปาวัลย์, 2018)

2.4.3 ระดับของความวิตกกังวล (Level of Anxiety)

ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่บุคคลรู้สึกกังวล กระวนกระวายใจ เครียด รู้สึกว่าหวั่น มีความคิดเกี่ยวกับความตาย รวมถึงมีอาการนอนไม่หลับ และอาการชาหรือเจ็บแปลบตามร่างกายในชีวิต ซึ่งเป็นลักษณะอารมณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ เกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอันตราย เป็นความรู้สึกของการเตรียมพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับสิ่งที่เกิดขึ้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ไม่คุ้นเคย หรือความขัดข้องใจที่คุกคามสวัสดิภาพ ภาวะสมดุล วิถีชีวิตของบุคคล หรือกลุ่มสังคมที่บุคคลนั้นเป็นเจ้าของอยู่ ความวิตกกังวลไม่ได้เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลโดยตรงจากสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ แต่เป็นกระบวนการที่เกิดจากการที่บุคคลประเมินความน่าจะเป็นของสถานการณ์ในอนาคต ซึ่งเป็นผลจากการที่บุคคลเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตที่เคยประสบ และความวิตกกังวลเป็นผลจากการที่บุคคลได้รับสิ่งเร้าแล้วคิดประเมินหรือคาดคะเนว่าสิ่งเร้านั้นจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือทำให้เกิดอันตรายต่อบุคคล ส่งผลให้บุคคลไม่สามารถมีความสุขในการดำเนินชีวิตของตนเอง (Bandura, 1988; Sanne, Mykletun, Dahl, Moen, & Tell, 2003; Dziubek et al., 2016)

ระดับของความวิตกกังวล (Level of Anxiety) (Hanin & Spielberger, 1983; Spielberger, 1983; ลิกิจ โหระฤทธิ์, 2551) แบ่งได้ดังนี้

2.4.3.1 ความวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild Anxiety) ระดับนี้พบได้ทั่วไป เกิดจากความตึงเครียดในชีวิตประจำวัน เช่น การตึงเครียดจากการดำรงชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลในระดับนี้ความมีสติสัมปชัญญะของบุคคลจะเพิ่มขึ้นมีความตื่นตัวการรับรู้กว้างขึ้น ว่องไวขึ้น การเรียนรู้ดีขึ้น กระตือรือร้นที่จะเอาชนะปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ ความจำดี สมาธิดี อารมณ์และการกระทำไม่เปลี่ยนจากปกติมากนัก รู้จักหาวิธีในการแก้ปัญหาและบรรเทาความวิตกกังวล การควบคุม

ตนเองมีมากขึ้น รวมถึงอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเนื่องจากระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น การหายใจเร็วขึ้น การเคลื่อนไหวเร็วขึ้น ม่านตาขยาย ฝ่ามือมีเหงื่อออก กล้ามเนื้อตึงตัวบริเวณใบหน้าต้นคอ และหลังมือ หลังเท้าเย็น บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับนี้สามารถควบคุมตนเองได้ โดยอาจต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ต้องการความสะดวก และต้องการให้ผู้อื่นรับรู้และเข้าใจ

2.4.3.2 ความวิตกกังวลปานกลาง (Moderate Anxiety) ระดับนี้มีผลทำให้ประสาทสัมผัสและการรับรู้แคบลง ความสนใจน้อยลง ความมีสติสัมปชัญญะยังคงมีอยู่แต่มีความตื่นตัวมากขึ้น ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง การเคลื่อนไหวมากขึ้นจนเกือบจะลุกส์ลุกลง การรับรู้แคบลง การรับรู้รับฟังการทำความเข้าใจและการมองเห็นความสัมพันธ์ของปัญหาต่างๆ ลดลง ความสนใจมีความจำกัดจะเลือกสนใจเฉพาะสิ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหาหรือที่จะช่วยให้ตนสบายใจขึ้น ยังคงใช้กระบวนการแก้ปัญหาได้โดยต้องควบคุมสมาธิมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมากขึ้น เช่น หายใจเข้าออกแรง รู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร ปวดศีรษะ แต่บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับปานกลางนี้สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

2.4.3.3 ความวิตกกังวลรุนแรง (Severe Anxiety) ระดับนี้มีผลทำให้ประสาทสัมผัสและการรับรู้แคบลง ทำให้หมกมุ่นในรายละเอียดมากเกินไป ความมีสติสัมปชัญญะลดลง และการรับรู้มากขึ้น การรับรู้รับฟังสิ่งที่เป็นสาระสำคัญมีน้อย ไม่สามารถจับสาระสำคัญของเรื่องใดได้ หมกมุ่นครุ่นคิดในรายละเอียดปลีกย่อย ความสามารถในการแก้ไขปัญหาลดลงและทำงานได้ไม่เต็มสมรรถภาพ การคิดการมองสิ่งต่าง ๆ แปรปรวนไปจากสภาพความเป็นจริง เกิดความสับสน มีพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อปกป้องตนเองมากขึ้น และมักเป็นพฤติกรรมซ้ำ ๆ ที่สังเกตเห็นได้ เช่น กระวนกระวาย หงุดหงิด โมโหง่าย เรียกร้องเกินกว่าเหตุ ต่อต้าน ตื่นกลัว ตัวสั่น เกร็ง ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ท้องเดิน หรือท้องผูก นอนไม่หลับ เกิดความกลัวต่อบุคคลสถานที่หรือสิ่งของมีอาการย้ำคิดย้ำทำ นอนหลับพักผ่อนได้น้อย ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง จึงอาจจะพูดมากและเร็ว กระสับกระส่าย ความจำและสมาธิไม่ดี มีความบกพร่องของการทำบทบาทหน้าที่ในสังคม บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับรุนแรงนี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น

2.4.3.4 ความวิตกกังวลท่วมท้นหรือรุนแรงมาก (Panic) ระดับนี้มีผลทำให้บุคคลเกิดความกลัวอย่างรุนแรงมาก หรือเป็นความกลัวสุดขีด เกิดจากความวิตกกังวลที่ไม่ได้รับการระบายออกหรือแก้ไขให้ลดลง จึงมีการสะสมความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงจุดที่บุคคลไม่สามารถจะทนต่อไปได้ทำให้บุคคลนั้นมีความผิดปกติของความคิดอารมณ์และพฤติกรรม บุคคลจะอยู่ในภาวะขาดสติสัมปชัญญะ ขาดการควบคุมตนเอง และแสดงออกถึงพฤติกรรมที่ไม่มีในสภาวะปกติ เช่น ตื่นตระหนก มึนงง สับสน วุ่นวาย เกรี้ยวกราด กรีดร้อง วิ่งหนีไปอย่างไร้จุดหมาย หรือตกตะลึงแน่นิ่ง

หมดสติทันทีทันใด ควบคุมตนเองได้น้อย การรับรู้มีน้อยมากและผิดไปจากความเป็นจริง อาจมีอาการ
 แปลภาพผิด หลงผิดหรือประสาทหลอน ซึมเศร้า รับประทานอาหารไม่ได้ อาจมีอาการอ่อนเพลีย ไม่
 มีแรงจูงใจไม่สามารถขยับแขนขาหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองและอาจถึงแก่ความตายได้ ความวิตก
 กังวลถึงแม้จะถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดาของมนุษย์ทุกคนแต่เมื่อความวิตกกังวลไม่ได้รับการ
 แก้ไขและเพิ่มสูงขึ้นจนถึงระดับสูงหรือคงอยู่ในระยะยาวเกินไปย่อมจะก่อให้เกิดผลเสียแก่ร่างกายและ
 จิตใจของบุคคล บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับรุนแรงมากนี้จะสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองและไม่สามารถ
 ทำภารกิจเหมือนปกติได้ จึงต้องการความช่วยเหลือในการลดความวิตกกังวลและเรียนรู้ความ
 วิตกกังวลของตนตลอดจนวิธี การเผชิญกับความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จันทรา ยอดดี,
 2555)

2.4.4 ประเภทของความวิตกกังวล (Type of Anxiety)

ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กลัว ไม่สบายใจต่อสถานการณ์
 ที่เผชิญอยู่มีผลทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ (Spielberger, Gorsuch, &
 Lushene, 1970; Spielberger, 1983; Hanin & Spielberger, 1983; ธนาวรรณ ศรีสกุลวงศ์, 2556)
 แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.4.4.1 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety or A-State) เป็นความวิตก
 กังวลตามสถานการณ์ หรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาที่มีเหตุการณ์นั้น ๆ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้น
 ชั่วคราวเฉพาะในสถานการณ์นั้นๆ คือ ความไม่สุขสบายหวั่นวิตกกังวล กระวนกระวาย มีการ
 แสดงออกชัดเจนระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานผิดไปจากเดิม ความรุนแรงและ
 ระยะเวลาที่เกิดขึ้นจะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพื้นฐานนิสัยวิตกกังวลที่ประกอบอยู่ใน
 บุคลิกภาพและประสบการณ์ในอดีต

2.4.4.2 ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety or A-Trai) เป็นความวิตกกังวลซึ่ง
 เป็นลักษณะคงที่ประจำตัวของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม
 ประสบการณ์ในอดีต และความคิด ความต้องการ หรือความรู้สึกในปัจจุบัน

2.4.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เป็นอารมณ์ของมนุษย์ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ใด
 สถานการณ์หนึ่ง แล้วประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือรู้สึกว้าวุ่นคุกคามต่อความปลอดภัย เป็น
 สิ่งที่คุณต้องเคยเผชิญ และไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ อีกทั้งสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เพราะใน
 สภาพปัจจุบันในการดำรงชีวิตตกอยู่ภายใต้ความกดดันตลอดเวลา (อรุณี มิ่งประเสริฐ, 2556) โดย
 ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก ผ่านกระบวนการประเมิน
 ตัดสินใจ และใช้กลไกทางจิต (Spielberger & Krasner, 1988) ความวิตกกังวลมีหลายระดับตั้งแต่

ระดับปกติไปจนถึงความรุนแรง แต่ละระดับนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ และการประเมินของแต่ละบุคคล ผู้ที่มีระดับวิตกกังวลในระดับต่ำ จะสามารถเรียนรู้ ตื่นตัว ทหาวิธีแก้ไขได้ ผู้ที่มีระดับวิตกกังวลปานกลาง เริ่มที่จะรับรู้ได้น้อยลง การมองเห็นสิ่งต่าง ๆ แคลง เริ่มมีปัญหาทางด้านร่างกาย ซึ่งยังพอที่จะแก้ปัญหาได้ ผู้ที่ระดับความวิตกกังวลสูง บุคคลจะมีการรับรู้ลดลง ความใส่ใจน้อยลง ไม่สามารถ จับสาระสำคัญได้ ไม่เข้าใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและต่อเนื่อง สามารถแก้ปัญหาได้เพียงเล็กน้อย และมีปัญหาทางด้านร่างกายร่วมด้วย และผู้ที่ระดับความวิตกกังวลสูงมาก เป็นผู้ที่ไม่มี การรับรู้ การรับรู้ ผิดไปจากเดิม กระบวนการคิดผิดปกติ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล มีหลายประการ (Graham & Conley, 1971; Lazarus & Folkman, 1984)เช่น

1. เพศ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของบุคลิกภาพด้านร่างกายที่มีผลต่อความวิตกกังวล เพศหญิงจะได้รับการยอมรับทางสังคมว่าสามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้มากกว่าเพศชาย
2. อายุเป็นสิ่งที่สามารถใช้ประเมินความสมบูรณ์ของจิตใจ และอารมณ์ เช่น ในวัยเด็กจะมีความวิตกกังวลมากเนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาบิดามารดา ส่วนในวัยผู้ใหญ่จะมีความวิตกกังวลจากความขัดแย้งด้านมโนธรรม การไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด ความขัดแย้งทางสังคม ความซับซ้อนใจ และความหวาดหวั่นต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น
3. ระดับการศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่ช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาของบุคคล การศึกษาช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และมีการเข้าใจ แสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหา มีความเข้าใจในการดูแลตนเอง
4. ฐานะทางเศรษฐกิจ รายได้เป็นแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุที่คอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญความเจ็บป่วย สามารถเข้ารับการรักษา แก้ไขปัญหาความเจ็บป่วย
5. ประสบการณ์ในอดีต ผู้ที่เคยมีประสบการณ์จะมีภาวะความวิตกกังวลน้อยกว่า ผู้ที่ยังไม่เคยผ่านประสบการณ์

2.4.6 การประเมินความวิตกกังวล

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวลมีหลายวิธี เช่น การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ซึ่งประเมินจากการแสดงออกทางร่างกาย ประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออกและแบบประเมินตนเอง ซึ่งเป็นการประเมินความรู้สึกของตนเองจากการรับรู้ และตอบคำถามตามความรู้สึกในขณะนั้นที่ใช้กันแพร่หลาย ดังนี้

2.4.6.1 แบบประเมินความวิตกกังวลทางคลินิก (Liebowitz Social Anxiety Scale: LSAS) ของ ลีโบริทซ์ (Liebowitz, 1987) เป็นแบบสอบถามที่มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินทางคลินิกในสถานการณ์ต่าง ๆ ของความวิตกกังวล ช่วงของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและสถานการณ์

การปฏิบัติงานที่บุคคลที่มีความหวาดกลัวทางสังคม ความกลัว และ/หรือความต้องการหลีกเลี่ยง พัฒนามาจากการประเมินความกลัวจากการสังเกต และความถี่ในการเกิดความวิตกกังวล โดยใช้ในการวัดทั้งความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait anxiety or A-Trait) และความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety or A-State) สำหรับเด็กและวัยรุ่นนอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการรักษาโรควิตกกังวลทางสังคมต่าง ๆ รวมถึงการทดลองทางเภสัชวิทยา ข้อคำถามมีทั้งหมด 24 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยสถานการณ์ที่กำหนด คะแนนความวิตกกังวล เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert, scale) มีคำตอบ 4 คำตอบ (0 - 3) คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีเลย คะแนน 1 หมายถึง เล็กน้อย คะแนน 2 หมายถึง ปานกลาง และคะแนน 3 หมายถึง รุนแรง) และ อัตราการหลีกเลี่ยง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert, scale) มีคำตอบ 4 คำตอบ (0 - 3) คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีเลย คะแนน 1 หมายถึง บางครั้ง คะแนน 2 หมายถึง บ่อยครั้ง และคะแนน 3 หมายถึง โดยปกติ (Liebowitz, 1987; Mennin et al., 2002; Beard et al., 2011; Goldin et al., 2016)

2.4.6.2 แบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง (Self-Rating Anxiety Scale, SAS) พัฒนาขึ้นโดย ซุง (Zung, 1971) เพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยทั่วไปและ ผู้ป่วยเรื้อรังแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ โดย ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2528) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ ด้านอารมณ์ 5 ข้อ และอาการทางกายที่แสดงออกถึงความวิตกกังวล 15 ข้อ แบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเองเป็นมาตราส่วนประมาณค่าจำนวน 4 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีความรู้สึกหรือไม่มีพฤติกรรมนั้นเลย หรือมีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นน้อยครั้ง, 2 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นเป็นบางเวลาหรือบางครั้ง, 3 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นค่อนข้างบ่อยครั้ง และ 4 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา คะแนนรวมของแบบประเมินทั้งชุดอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง มีความวิตกกังวลยิ่งมาก เกณฑ์การแปลผลคือ ถ้าคะแนนรวมเท่ากับ 20-35 แปลว่า อยู่ในระดับปกติ ไม่พบหรือปรากฏความวิตกกังวล, คะแนนรวมเท่ากับ 36-47 แปลว่า อยู่ในระดับความวิตกกังวลเล็กน้อยถึงปานกลาง, คะแนนรวมเท่ากับ 48-59 แปลว่า อยู่ในระดับความวิตกกังวลเด่นชัดถึงรุนแรง และคะแนนรวมเท่ากับ 60-80 แปลว่า อยู่ในระดับความวิตกกังวลสูงมากที่สุด (วรรณคล เข็มมงคล, ณฤดี บุญนะฤทธิ และทิพกาญจน์ โมทนิยชาติ, 2564) แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่บ่งบอกความวิตกกังวลใจของบุคคล โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามไม่นาน เป็นแบบสอบถามที่ง่าย สะดวก และได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามนี้ มีค่าเท่ากับ .85 (Jokelainen et al., 2019) และนำมาใช้เป็นเครื่องมือวัดความวิตกกังวลในงานวิจัยหลายเรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้ประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยจิตเวช

2.4.6.3 แบบประเมินความวิตกกังวล สเตท-เทรท (State-Trait Anxiety Inventory: STAI) ของสปิลเบอร์เกอร์ และคณะ (Spielberger, et al, 1970 cited by Moller, 2003; Spielberger, 1983) เป็นเครื่องมือขั้นสุดท้ายสำหรับการวัดความวิตกกังวลในผู้ใหญ่ คุณสมบัติสำคัญที่ประเมินโดยมาตรวัดความวิตกกังวลของ STAI-S คือความรู้สึกหวาดหวั่น (Apprehension) ตึงเครียด (Tension) ประหม่า (Nervousness) และวิตกกังวล (Worry) แบบประเมินความวิตกกังวลมีอยู่ 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety or A-State) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นชั่วคราว ขณะเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ มี 20 ข้อ และส่วนที่ 2 เป็นการประเมินความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait anxiety or A-Trait) เป็นความวิตกกังวลที่มีอยู่ในเฉพาะบุคคล มี 20 ข้อ คะแนนในระดับความวิตกกังวลของ STAI-S เพิ่มขึ้นตามการตอบสนองต่ออันตรายทางร่างกายและความเครียดทางจิตใจ และลดลงเนื่องจากการฝึกผ่อนคลาย การแปลผลผู้ที่มีคะแนนสูง แสดงว่า มีระดับความวิตกกังวลสูง ซึ่งประสบความสำเร็จใช้ในการประเมินเด็กวัยเรียน ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยทางอายุรกรรมและศัลยกรรม ผู้ป่วยทางสูติรีเวช โรคเรื้อรัง และในผู้สูงอายุ (Grimm, 1997) ในระดับความวิตกกังวลของ STAI-T สอดคล้องกับโครงสร้างความวิตกกังวลลักษณะทั่วไป ผู้ป่วยโรคประสาทและซึมเศร้ามักมีคะแนนสูง

2.4.6.4 แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital Anxiety Depression Scale) ของซิกมอนด์ และสแนท (Zigmond & Snaith, 1983; Snaith, & Zigmond, 1986; Snaith, 2003) มีค่าความตรง .89 และค่าความเที่ยง .74 แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (Hospital Anxiety and Depression Scale) ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) เป็นแบบวัดการรับรู้ความทุกข์ทางจิตใจ โดยประเมินอาการและความรู้สึกของผู้ป่วยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีอยู่ด้วยกัน 14 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้านๆละ 7 ข้อ ได้แก่ ความทุกข์ทาง จิตใจด้านความวิตกกังวลจำนวน 7 ข้อ และความทุกข์ ทางจิตใจด้านภาวะซึมเศร้าจำนวน 7 ข้อ การคิดคะแนน อาการวิตกกังวล คิดคะแนนข้อคี่ทั้งหมด (ข้อที่ 1, 3, 5, 7, 9, 11 และ 13) รวมกัน และภาวะซึมเศร้า คิดคะแนนข้อคู่ทั้งหมด (ข้อที่ 2, 4, 6, 8, 10, 12 และ 14) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยเลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนน 0-3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-21 คะแนน ผู้ป่วยที่มีอาการรวมของกลุ่มใดเกินกว่า 11 แสดงว่าอาจมีอาการผิดปกติทางจิตในกลุ่มอาการนั้น แต่ลักษณะข้อคำถามความวิตกกังวลมีทั้งแบบแฝง และขณะเผชิญซึ่งไม่แยกไว้ชัดเจน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ความทุกข์ทางจิตใจอยู่ในระดับต่ำ คะแนนรวมสูง หมายถึง ความทุกข์ทางจิตใจอยู่ในระดับสูง การประมาณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92 ด้านความวิตกกังวลเท่ากับ .85 และด้านภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .82

2.4.6.5 แบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้น (Geriatric Anxiety Scale Ten-Item Short Form: GAS-10) แบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุถูกพัฒนาขึ้นโดยซี กัลป์และคณะ (Segal et al., 2010) เพื่อนำมาใช้เพื่อประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน (Community) และในคลินิก (Clinical Setting) ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ครอบคลุมอาการแสดงทั้ง 3 ด้านของภาวะวิตกกังวล ได้แก่ ด้านร่างกาย (Somatic) ด้านความรู้คิด (Cognitive) และด้านจิตใจ (Affective) ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Likert Scale) จำนวน 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน, มีบ้างเป็นบางครั้ง ให้ 1 คะแนน, มีเป็นส่วนใหญ่ ให้ 2 คะแนน และมีตลอดเวลา ให้ 3 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ยิ่งมีความวิตกกังวลสูง ต่อมาในปี 2015 Mueller และคณะ (Mueller, et al, 2015) ทำการศึกษาและพัฒนาแบบประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นขึ้น (Ten-Geriatric Anxiety Scale: GAS-10) เพื่อให้เหมาะกับการไปใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนและในคลินิก โดยได้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่ทั้งอาศัยอยู่ในชุมชนและมารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิต จำนวน 581 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ทฤษฎีการตอบสนองข้อสอบ (Item Response Theory : IRT) ทำให้ได้เครื่องมือฉบับสั้นจำนวน 10 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับอาการวิตกกังวล ได้แก่ อาการทางกาย อาการทางความรู้คิดสติปัญญา และอาการทางด้านจิตใจ คะแนนรวมทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน โดยคะแนนยิ่งสูงแปลว่ามีความวิตกกังวลสูง โดยสามารถจัดระดับความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ คือ คะแนนอยู่ระหว่าง 1-6 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลเล็กน้อย คะแนนอยู่ระหว่าง 7-9 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 10-11 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลปานกลาง และคะแนนอยู่ระหว่าง 12-30 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลสูง (Mueller, et al, 2015) แบบประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้น (Ten-Geriatric Anxiety Scale: GAS-10) ถูกแปลเป็นไทยโดย สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม (2021) และนำทดสอบคุณสมบัติในการวัดทางจิตของเครื่องมือ (Psychometric Properties) เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีค่าความเที่ยงของแบบวัด (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80

2.4.6.6 แบบวัดความวิตกกังวลในเด็กของสเปนซ์ (The Spence Children's Anxiety Scale: SCAS) เป็นแบบประเมินตนเองที่ใช้วัดอาการวิตกกังวลโดยเด็กและ ผู้ปกครอง และแบบวัดความวิตกกังวลเด็กก่อนวัยเรียน ของ สเปนซ์ (Spence, 1997a) จำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ความวิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety) จำนวน 6 ข้อ ความตื่นตระหนก/กลัวที่สาธารณะ (Panic/agoraphobia) จำนวน 9 ข้อ (ความตื่นตระหนก 6 ข้อ/กลัวที่สาธารณะ 3 ข้อ) ความหวาดกลัวการเข้าสังคม (Social phobia) จำนวน 6 ข้อ ความวิตกกังวลในการแยกตัว (Separation anxiety) จำนวน 6 ข้อ โรควัยคิดย้ำทำ (Obsessive compulsive disorder) จำนวน 6 ข้อ และความกลัวการบาดเจ็บทางร่างกาย (Physical injury fears) จำนวน 5 ข้อ ให้คะแนน 4

ระดับ (คะแนน 0-3 คะแนน) คือ ไม่เคย (0) บางครั้ง (1) บ่อยครั้ง (2) และเสมอ (3) คะแนนรวมอยู่ที่ 0-114 โดยปกติจะใช้เวลาเพียงประมาณ 10 นาทีในการตอบคำถามโดยสอดคล้องกับมิติของโรควิตกกังวลที่เสนอโดยคู่มือวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV) (Spence, 1997b; 1998)

2.4.6.7 แบบคัดกรองความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของเด็ก (The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder: SCARED) ของ เบอรัมมาเฮอร์ และคณะ (Birmaher et al., 1997) เป็นเครื่องมือประเมินตนเอง หรือรายงานตนเองของเด็กและผู้ปกครอง ในการคัดกรองโรควิตกกังวลในวัยเด็ก (Childhood anxiety disorders) จำนวน 41 ข้อ ประกอบด้วย โรควิตกกังวลทั่วไป (General anxiety disorder) จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35 และ 37) โรควิตกกังวลจากการพลัดพราก (Separation anxiety disorder) จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29 และ 31) โรคตื่นตระหนก (Panic disorder) หรือ อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย (Somatic Complaints) จากปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 13 ข้อ (ข้อ 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34 และ 38) โรคกลัวการเข้าสังคม (Social phobia/ Social Anxiety Disorder) จำนวน 7 ข้อ (ข้อ 3, 10, 26, 32, 39, 40 และ 41) และโรคกลัวโรงเรียน (School phobia) (ข้อ 2, 11, 17, 36) จำนวน 4 ข้อ มีการให้คะแนน 3 ระดับ คือ 0 (ไม่จริงหรือแทบจะไม่จริงเลย), 1 (จริงบ้างหรือบางครั้ง) และ 2 (จริงมากหรือจริงบ่อย) แบบประเมินสามารถใช้แยกแยะระหว่างอาการวัยรุ่นที่ป่วยและไม่ป่วยด้วยโรควิตกกังวลได้ การให้คะแนน ถ้าคะแนนรวมมากกว่า หรือเท่ากับ 25 คะแนน บ่งชี้ว่าอาจมีโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) โดยคะแนนมากกว่า 30 คะแนนจะมีโอกาสเกิดภาวะวิตกกังวลมากขึ้น (Birmaher et al., 1997; Muris et al., 1998)

การประเมินความวิตกกังวลนั้นอาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งเครื่องมือสำหรับวัดมีทั้งความวิตกกังวลแบบแฝง และความวิตกกังวลขณะเผชิญ แต่สำหรับในการศึกษานี้ผู้ศึกษาได้ใช้แบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้น (Geriatric Anxiety Scale Ten-Item Short Form: GAS-10) (สุทธิดา พงษ์พันธุ์งาม, 2021) เนื่องจากมีความตรงและความเที่ยงที่ดี สามารถนำไปใช้ในการคัดกรองความวิตกกังวลในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชน เนื่องจากมีข้อคำถามเพียง 10 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามไม่นานและมีการใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายใช้ได้กับผู้สูงอายุที่เรียนจบชั้นประถมศึกษา

2.5 แนวคิดการสนับสนุนจากครอบครัว

2.5.1 ความหมายของการสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นสิ่งที่ผู้รับได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน อาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือกลุ่มตัวอย่างสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การสนับสนุนจากครอบครัวทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ มีพลังใจ และพร้อมก้าวผ่านหรือฝ่าฟันกับปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว โดยให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ เช่น การมีครอบครัวที่อบอุ่น เปรียบเสมือนปัจจัยปกป้องที่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ (House, Kahn, McLeod, & Williams, 1985; Talsma, 1995) นอกจากนี้ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นกระบวนการทางสังคมที่มีความสำคัญต่อบุคคลเป็นอย่างมาก มีนักวิจัยได้ทำการศึกษาและให้ความหมายไว้อย่างหลากหลาย ดังเช่น คาห์น (Kahn, 1997) และ คอบบ์ (Cobb, 1976) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมถึงการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้เชื่อว่าตนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า การยอมรับจากบุคคลรอบข้าง และรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กัน ในขณะเดียวกัน การสนับสนุนจากครอบครัว ยังเป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือ เยียวยา บำบัด ฟื้นฟูในยามที่เด็กและเยาวชน ต้องเผชิญกับปัญหาวิกฤติที่มากกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยพบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ปัญหาและอุปสรรค และการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต (เสาวนีย์ วรรณลอ, พรทิพย์, มาลาธรรม และอภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ, 2555) ผู้วิจัยได้รวบรวมความหมายของการสนับสนุนจากสังคมและครอบครัว ดังนี้

วิลส์, แวกคาโร และแมคนามารา (Wills, Vaccaro, & McNamara, 1992) กล่าวว่า การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นการที่สมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติ พฤติกรรมที่เป็นการกระตุ้นและส่งเสริม มีความเข้าใจ เอาใจใส่ ให้กำลังใจ และมีทัศนคติทางบวกต่อกัน มีการให้คำแนะนำ

เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน รวมทั้งวิธีแก้ไขปัญหา เต็มใจที่จะรับฟัง สนทนา ให้คำแนะนำ ตลอดจนดูแล และห่วงใยและให้ความสนใจในงานที่ทำอยู่

คิม และคิม (Kim & Kim, 2003) ให้คำจำกัดความของการสนับสนุนของ ครอบครัวไว้ว่า “การสนับสนุนของครอบครัว หมายถึง การที่หัวหน้าครอบครัวหรือพ่อแม่ได้ดูแลและ เกื้อกูลบุตร”

ทอยเฟล-โชน, สเตเทน, เออร์วิน, ราวีล, โบรวัว และเวย์กายูตา (Teufel-Shone, Staten, Irwin, Rawiel, Brovo, & Waykayuta, 2005) ได้กล่าวถึงการสนับสนุนจากครอบครัวว่าเป็น การที่สมาชิกในครอบครัวสามารถแสดงความรู้สึกของตนเองได้อย่างเปิดเผย และมีระดับของความ ชัดแย้งระหว่างบุคคลในครอบครัวต่ำ

เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ให้ความหมายของการสนับสนุนจากครอบครัวตาม แนวคิดของ แชเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) กล่าวคือ การที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือ จากบุคคลในครอบครัว เป็นแรงสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ โดยการดูแลเอาใจใส่ การยกย่อง การชม และการให้แรงเสริมจากการปฏิบัติตน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ และการสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์เพื่อใช้สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อ ช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองได้

ไพศาล แยมวงษ์ (2555) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง การรับรู้ต่อการได้รับความช่วยเหลือ และการส่งเสริมที่ได้รับจากพ่อแม่ และครอบครัว เช่น การได้รับการ ยอมรับ ความใส่ใจ สนใจให้ความสำคัญจากพ่อแม่ การให้คำปรึกษา รับฟังปัญหา การให้เวลา และทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน การให้คุณค่า และการให้ความรักของพ่อแม่

เดอ นัตเต, โอเคลโล และเดอรัลูน (De Nutte, Okello, & Derluyn, 2017) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการเอาใจใส่ เมื่อประสบปัญหา

ไคลเวอร์, โฮนิค และสเตฟเฟนส์ (Klyver, Honig, & Steffens, 2018) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลและกลุ่มบุคคลที่ปฏิสัมพันธ์ ทางด้านอารมณ์ สังคม วัตถุประสงค์ของ รวมทั้งข้อมูลข่าวสาร ผลของแรงสนับสนุนทำให้เกิดความ ตระหนัก สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้ตามความต้องการส่งผลให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิต ได้อย่างมีความสุข

นัสรูดีน (Nasurdin, 2018) ได้อธิบายความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมทั้งทางด้านอารมณ์ ด้าน ข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงาน หรือวัตถุประสงค์ของต่าง ๆ ซึ่งบุคคลอื่นในสังคมนั้น เช่น สมาชิกใน ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุนเกิดความรู้สึก

ผู้พันซ์ เชื่อว่า มีบุคคลที่รัก มองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดและความเจ็บป่วยได้ส่งผลให้บุคคลนั้น มีพฤติกรรมที่เหมาะสม การรักษาสภาพอนามัย และมีสุขภาพที่ดี

จู, จอง, ยู, อัลเทอร์มิน และลี (Ju, Zhang, You, Alterman, & Li, 2018) ได้ อธิบายความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสารเงิน กำลัง งาน หรือทางอารมณ์ อาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ ต้องการ

โจฮารี และยะห์ยา (Johari & Yahya, 2019) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ และความมั่นคงทางอารมณ์ แต่ รวมถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

หวาง, เฉิงกาลูร์-สมิธ และพินซอนโนลต์ (Huang, Chengalur-Smith, & Pinsonneault, 2019) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของการ ได้รับการยอมรับ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้จากกลุ่มบุคคลในระบบ ของสังคม เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ข่าวสาร คำแนะนำ ทำให้บุคคลนั้น สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

โคเฮน และแมคเคย์ (Cohen & McKay, 2020) ให้ความหมายของแรงสนับสนุน ทางสังคมว่า เป็นการแลกเปลี่ยนทรัพยากรระหว่างบุคคล มีการได้รับและการแลกเปลี่ยนการ สนับสนุนต่อกัน เช่น ทรัพยากรทางด้านวัสดุ และด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น การให้คำปรึกษา การให้ข้อมูล หรือบริการการช่วยแบ่งเบาภาระงาน หรือการสอนงาน

ฟรีแมน (Freeman, 2021) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับ ข้อมูลที่ทำให้เชื่อว่าบุคคลให้ความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งมีความรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

จอลลี, ก้อง และคิม (Jolly, Kong, & Kim, 2021) ให้ความหมายของแรง สนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับความห่วงใย และเป็นที่ยกย่อง เป็นที่ต้องการและมีคุณค่า หรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายในการสื่อสารและมี ปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน

จากการศึกษาทบทวน ผู้วิจัยสรุปว่า การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นความรู้สึกนึก คิดหรือการรับรู้ต่อการได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนด้านต่าง ๆ การสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับกำลังใจ และการส่งเสริมดูแลให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่าง เหมาะสม เป็นการที่ได้รับการช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้าน

จิตใจจากสมาชิกในครอบครัว มีความผูกพันกัน คอยดูแลเอาใจใส่ เกื้อกูลซึ่งกันและกัน ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจกัน และให้การยอมรับกันโดยปราศจากเงื่อนไข

2.5.2 ประเภทของการสนับสนุนจากสังคม

แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ประกอบด้วย เครือข่ายต่าง ๆ เช่น บุคคลในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ คู่สมรสและญาติพี่น้อง บุคคลที่เกี่ยวข้องกันทางสังคม ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนบ้าน บุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ และพยาบาล และเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ บุคคลที่มีการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันเป็นประจำ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ

จากการศึกษาค้นคว้า ผู้วิจัยสรุปประเภทของการสนับสนุนทางสังคม (Cobb, 1976; Kahn, 1979; Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981; Thoit, 1982; House, 1985; Lindsey, 1997) ที่มีองค์ประกอบที่เป็นอิสระต่อกัน ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์และความคิด (Emotional and thoughts support) เป็นการแสดงออกที่ทำให้บุคคลได้รับรู้ถึงความรู้สึกของอีกฝ่าย เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกหรือเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ มีความใกล้ชิดสนิทสนม ผูกพัน การเห็นคุณค่า การให้ความเคารพ ความเชื่อถือ และให้การยอมรับ ห่วงใย เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน รวมถึงความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของให้กับบุคคล จากบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายสังคม เมื่อบุคคลรู้สึกว่าเป็นเรื่องต่าง ๆ มีคนรับฟัง และให้คุณค่า จะพัฒนาการตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพ ดูแลตนเอง และเกิดความมีคุณค่าในตัวเอง เพราะการสนับสนุนทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ที่เข้มแข็ง และคงที่กับสภาวะสุขภาพที่ดี

2. การสนับสนุนด้านการเห็นคุณค่าหรือการสนับสนุนด้านศักดิ์ศรี (Esteem support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรับทราบและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าของตนเอง เป็นลักษณะของการสนับสนุน ซึ่งทำให้บุคคลได้รับการปฏิบัติ หรือการแสดงออกในเชิงสร้างสรรค์ในลักษณะที่เห็นด้วยกับความคิด หรือความรู้สึก หรือให้กำลังใจ จะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความหมาย และพร้อมจะต่อสู้กับปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้น การสนับสนุนในลักษณะนี้จึงช่วยให้บุคคลมองตนเองในแง่ดี และมีความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ตนอาศัยอยู่ หรือเป็นเครือข่ายทางสังคม รวมทั้งการยืนยันและการรับรองพฤติกรรมของกันและกัน เป็นการแสดงออกที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าอีกฝ่ายให้การยอมรับและเห็นด้วยกับพฤติกรรมและความคิดของบุคคล มีความสัมพันธ์กัน และผูกพันกัน

4. การประเมิน (Appraisal Support) คือ การที่บุคคลได้ข้อมูลย้อนกลับ ไม่ว่าจะ เป็นคำพูดการแสดงออก การให้การรับรองเกี่ยวกับสุขภาพ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อให้บุคคล ได้นำข้อมูลเหล่านั้นไปประเมิน และนำไปเทียบกับผู้อื่นที่อยู่ในสังคมเดียวกัน

5. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ คำแนะนำ รวมทั้งคำปรึกษาต่าง ๆ ด้านภาวะสุขภาพ และโรคที่ตนเองต้องเผชิญ ใน การแก้ปัญหา เป็นการให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง การให้ผลป้อนกลับ (Feedback) เกี่ยวกับ พฤติกรรมของบุคคล เพื่อช่วยให้บุคคลรับรู้สถานการณ์ของปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งมีผลต่อการ ปฏิบัติตัวของบุคคล

6. ด้านเครื่องมือหรือสิ่งของ (Instrumental Support) คือ การแสดงออกที่ต้องมี ปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล เป็นการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือโดยตรงด้านสิ่งของ การเงิน แรงงาน เวลา บริการ และวัตถุต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อบุคคล เป็นการให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมและ นามธรรม ทั้งที่เป็นวัตถุและไม่ใช่วัตถุและการให้บริการซึ่งได้ช่วยบุคคลที่มีความต้องการโดยตรง เช่น การให้ความช่วยเหลือทางการเงิน และการซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ การสนับสนุนทางการเงินเป็น เครื่องช่วยที่ดีมีความสัมพันธ์กับการช่วยลดอาการของโรคเครียด (Psychosomatic) รวมถึงความ ทุกข์ และความเจ็บป่วยทางอารมณ์ ขณะเดียวกันยังสามารถทำให้เพิ่มความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น เรียกว่า “การสนับสนุนทางด้านการจับต้องได้ (Tangible support)”

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดแรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุ เช่น คู่สมรส บุตร กลุ่มญาติพี่น้อง โดยใช้แนวคิดของ เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและแรงสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ ซึ่งเป็น แรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนด้วยการให้ กำลังใจ ยกย่อง ชมเชย การให้ข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ การให้สิ่งของ โดย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจดีและมีคุณภาพมากขึ้นด้วย

2.5.3 การประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุนจากครอบครัว มีองค์ประกอบหลายมิติ และเป็นปัจจัยที่มีการศึกษา อย่างกว้างขวางแต่ยังไม่มีคำนิยามอย่างรัดกุม จึงทำให้มีการสร้างเครื่องมือหลากหลายแตกต่างกันไป ซึ่งพบว่ามิผู้พัฒนาเครื่องมือไว้หลากหลายแบบโดยแบบวัดที่มีผู้นิยมนำไปใช้ มีดังนี้

2.5.3.1 แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว โดยนำแนวคิดมาจากเชฟเฟอร์ และ คณะ (Schaefer et. al., 1981) ใช้วัดแรงสนับสนุน ทางสังคมทั้ง 3 ด้านประกอบด้วย (1) การ สนับสนุนด้านอารมณ์ (2) การสนับสนุนด้านแรงงาน สิ่งของเงินทอง และบริการ (3) การสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสารเป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับวัดกับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วไป ประกอบด้วยข้อ

คำถาม 15 ข้อ แปล และดัดแปลงโดยสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkun, 1988) และนำมาใช้ โดย เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) แบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด จำนวน 12 ข้อ โดยแบบสอบถามการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวมีค่าความเชื่อมั่นฉบับทดลองใช้ .91 และค่าความเชื่อมั่นฉบับใช้จริง .94

2.5.3.2 เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของคอปป์ (Cobb, 1967) ลักษณะเครื่องมือจะเป็นเรื่องสั้น 16 ชุด แต่ละชุดมีคำตอบให้เลือก 5 ลำดับ จะนำคะแนนที่ได้จากคำตอบ 16 ชุด มารวมกันเป็นคะแนนรวมซึ่งหมายถึงปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละคนได้รับ เครื่องมือ ชุดนี้ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใดและวัดได้เฉพาะปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้นไม่สามารถวัดเครือข่ายทางสังคมได้

2.5.3.3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของคาร์น ที่เรียกว่า Norbeck social support questionnaire part two คำถามเกี่ยวกับความผูกพันด้านอารมณ์ และความคิด ลักษณะคำถามจะแบ่งเป็นมาตราส่วนให้ค่า 5 ระดับวัดได้ทั้งปริมาณและการสนับสนุนทางสังคม

2.5.3.4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Multidimension Scale of Perceived Social Support: MSPSS ของไซเมทและคณะ (Zimet et al., 1988) แปลเป็นภาษาไทย ด้วยวิธีการแปลแบบย้อนกลับ (Back translation) ณททัย วงศ์ปการันย์ เป็น แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลที่มีความสำคัญอื่น ๆ กับตน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ แบบสอบถามที่ใช้วัดกับผู้ใหญ่ทั่วไป ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คะแนนรวม อยู่ในช่วง 12-84 คะแนนรวมต่ำ หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ คะแนนรวมสูง หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีการใช้งานอย่างกว้างขวางและต่อเนื่องมาตลอดระยะเวลาหลายสิบปี เครื่องมือมีความกระชับ และมีทั้งความเชื่อมั่น และเที่ยงตรง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92 สามารถใช้กับกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยและบุคคลทั่วไป ใช้ได้ในหลากหลายช่วงอายุ และกลุ่มที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม (Ekback et al., 2013)

2.5.3.5 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (Lubben Social Network Scale: LSNS) เป็นเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยลับบิน และจิรอนด้า (Lubben & Gironde, 2004) ซึ่งวัดการปลีกห่างจากสังคมโดยวัดผลจากการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน โดยมุ่งเน้นที่ผู้สูงอายุเป็นหลัก ประกอบด้วย ข้อคำถาม 12 คำถาม (ในแบบวัดรุ่นแรก) และ 6 ข้อคำถาม (ในแบบวัดฉบับย่อ) และ 18 คำถาม (ในแบบวัดฉบับขยาย)

2.5.3.6 แบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Medical Outcomes Study: Social Support Survey: MOS-SSS) สร้างโดยเชอร์บอรวอร์นและสตีวอร์ด (Sherbourne & Stewart, 1991) ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอารมณ์และข้อมูลข่าวสาร ด้านข่าวของเครื่องใช้ ด้านเกี่ยวกับความรัก และด้านปฏิสัมพันธ์ทางบวกกับสังคม กับผลลัพธ์ทางการแพทย์ แบบสอบถามนิยมใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรัง ประกอบด้วยคำถาม 19 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลแบบย้อนกลับ (Back translation) โดย มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์และคณะ (Rungruangsiripan et al., 2554) มีข้อความจำนวน 16 ข้อ ข้อที่ 1 เป็นคำถามปลายเปิดใช้เพื่อสอบถามแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม จะไม่นำมาคิดคะแนนรวมกับข้ออื่น ๆ ข้อที่ 2-16 ประเมินการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้านคือ 1) อารมณ์และข้อมูลข่าวสาร (Motional and informational support) 2) บุคคล (Tangible support) 3) ความผูกพันทางด้านอารมณ์ความรักและความคิด (Affectionate support) และ 4) การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมในเชิงบวกกับสังคม (Positive social interaction support) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) (1 = ไม่เคยเลยสักครั้ง, 2 = ไม่กี่ครั้ง, 3 = บางครั้ง, 4 = ส่วนใหญ่, 5 = ตลอดเวลา) คะแนนรวมอยู่ ระหว่าง 15-75 คะแนน การแปลผล คือ คะแนนรวมมาก แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

2.5.3.7 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ENRICHD Social Support Inventory (ESSI) โดย วากลิโอ และคณะ (Vaglio et al., 2004) ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมิน ใช้สำหรับวัดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ ประกอบด้วยข้อความ 7 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลแบบย้อนกลับ (Back translation) โดย พวงผกา กรีทอง (2550) ข้อคำถามที่ 1-6 ค่าคะแนนเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ส่วนข้อความข้อ 7 เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ และไม่นำมาคิดคะแนน แบบสอบถามนี้ มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน คะแนนที่มาก หมายความว่า มีการสนับสนุนทางสังคมมาก

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว แนวคิดจากเชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et. al. 1981) และนำมาใช้โดย เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .94 และมีผู้นำเครื่องมือนี้ไปใช้อย่างกว้างขวาง เช่น เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ศึกษาการปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร ค่าความเชื่อมั่น .94 และ อรชร โวทวี (2548) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ

จังหวัดราชบุรี ค่าความเชื่อมั่น .85 ข้อ คำถามสามารถประเมินการสนับสนุนทางครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ อีกทั้งภาษาที่ใช้ยังเข้าใจง่าย

2.6 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

2.6.1 ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 นั้น ได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังนี้

คาร์ส และคอบส์ (Kasl & Cobb, 1966) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นการกระทำใด ๆ ของบุคคลที่ปฏิบัติ ในระยะที่ยังไม่มีอาการของโรค ด้วยความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพดี

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (2553) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นการกระทำหรือการแสดงออกของบุคคล เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย หรือวินิจฉัยโรค ในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการ พฤติกรรมป้องกันโรคจะครอบคลุมการกระทำ เพื่อเพิ่มศักยภาพทางด้านสุขภาพ เป็นการปฏิบัติที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง รวมทั้งมีภูมิคุ้มกันโรค หรือภัยคุกคามต่าง ๆ ลดปัจจัยเสี่ยง เป็นการปฏิบัติเพื่อกำจัด ลด หรือหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพ เพื่อป้องกันกระบวนการพัฒนาการเกิดโรค

ประกาย จิโรจน์กุล (2556) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นการปฏิบัติของบุคคลที่มุ่งไปที่การลดปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยคุกคามที่ทำให้เกิดโรคหรือการเจ็บป่วย

อานนท์ กองสุวรรณ (2564) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เป็นการแสดงออกของแต่ละบุคคลที่ขจัด หรือยับยั้งการพัฒนาการของโรค รวมถึงการประเมิน (Evaluation) ความเสี่ยง การส่งเสริม (Promotion) และป้องกัน (Prevention) การดำเนินการยับยั้งพัฒนาการของโรค เป็นมาตรการหรือกิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อไม่ให้เกิดโรคจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากการศึกษาทบทวน ผู้วิจัยสรุปว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นการกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลเพื่อป้องกัน ลดปัจจัยเสี่ยง ยับยั้งการพัฒนาการเกิดโรค เป็นมาตรการหรือกิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อไม่ให้เกิดโรค

2.6.2 แนวทางในการป้องกันโรคโควิด 19

ในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลายประเทศทั่วโลกได้กำหนดมาตรการกลยุทธ์การแยกตัว (Isolation strategies) เพื่อลดการระบาดของเชื้อ แม้มาตรการ

นี้มีความจำเป็นต่อความปลอดภัยของชีวิตและการระบาดของโรค (นิจวรรณ เกิดเจริญ, วรณา กลกิจ โกวินท์ และจอมเพียร ถาวร, 2564)

World Health Organization (WHO, 2021) ได้เสนอแนวทางพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 ดังนี้

1) ล้างมือด้วยสบู่เมื่อมือสกปรกอย่างเห็นได้ชัด หรือล้างมือบ่อย ๆ ด้วยเจล แอลกอฮอล์หรือสบู่อย่างน้อย 20 วินาที

2) รักษาระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร

3) เมื่อมีอาการไอหรือจาม ควรเอากระดาษทิชชู หรือข้อศอกปิดปาก

4) หลีกเลี่ยงการนำมือมาสัมผัสบริเวณ จมูก ตา และปาก

5) สวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี

6) หลีกเลี่ยงการเข้าไปยังพื้นที่แออัด

7) หากมีอาการเป็นไข้ ไอ เจ็บคอ ควรอยู่บ้านกักตนเอง แต่ถ้าหายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอกให้รีบแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

8) ติดตามข้อมูลข่าวสารล่าสุดเกี่ยวกับการระบาดของโรคจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ สุภาภรณ์ วงธิ (2564) กล่าวว่า การป้องกันโรคโควิด 19 จะมีประสิทธิภาพที่ดี นอกจากจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคโควิด 19 จะต้องศึกษามาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19 รู้วิธีการป้องกันโรค และมีพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันอย่างถูกต้อง เหมาะสม เช่น ล้างมือด้วยสบู่ และน้ำสะอาดอย่างน้อย 20 วินาที/ครั้ง สวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัย กรณีป่วย/คนดูแลผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการสัมผัสใบหน้า ขี้ตา แคะจมูก และสัมผัสปาก หลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น รักษาระยะห่าง 1-2 เมตร หลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่ผู้คนหนาแน่น หมั่นออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยสรุปว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เป็นการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองและผู้อื่น เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ขี้ตา แคะจมูก และสัมผัสปาก การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายและสัญญาณชีพ การเว้นระยะห่างทางสังคม การหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่ชุมชน การสังเกตอาการผิดปกติในร่างกาย และการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์หรือทางเลือกอื่นเพื่อรับบริการ และยาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาล/สถานบริการ

2.6.3 การประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

2.6.3.1 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ โดยประยุกต์มาตรการป้องกันและควบคุมการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และการปฏิบัติตามมาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” กระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease Control, 2020) พัฒนาโดย นงศณพัชร์ มณีอินทร์ และอิทธิพล ดวงจินดา (2564) มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ การเว้นระยะห่างทางสังคม 1-2 เมตร และการส่งเสริมสุขภาพ รวมจำนวน 24 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval Scale) 5 ระดับ ให้เลือกตอบ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1981) จากช่วงคะแนนทั้งหมด 1 – 5 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1.00 –2.33 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับน้อย

2.34 –3.66 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง

3.67 –5.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมาก

2.6.3.2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 พัฒนาโดย อภิชาติ อินทเจริญ (2564) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลผลคะแนนของวิเชียร เกตุสิงห์ (2538) ได้แก่ มีพฤติกรรมระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) มีพฤติกรรมระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) มีพฤติกรรมระดับดี (3.68-5.00 คะแนน)

2.6.3.3 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 พัฒนาโดย สุภาภรณ์ วงษ์ (2564) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า โดยมีมาตรวัด 5 ระดับ คือ ประจําบ่อย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง ไม่เคย จำนวน 10 ข้อ

ประจำ หมายถึงความว่า ท่านปฏิบัติ 7 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์

บ่อย หมายถึงความว่า ท่านปฏิบัติ 5 -6 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์

นาน ๆ ครั้ง หมายถึงความว่า ท่านปฏิบัติ 3 - 4 ครั้งขึ้นไปสัปดาห์

บางครั้ง หมายความว่า ท่านปฏิบัติ 1 -2 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์

ไม่เคย หมายความว่า ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

การแปลความหมายระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

พฤติกรรมกรรมการป้องกันระดับดี ร้อยละ 80 ขึ้นไป

พฤติกรรมกรรมการป้องกันระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79

พฤติกรรมกรรมการป้องกันระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60

2.6.3.4 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ (Rating scale) จำนวน 15 ข้อ ปรับปรุงจาก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564) โดย กัมปนาท โคตรพันธ์ และนิยม จันทร์นวล (2565) แต่ละคำถามมี 4 ตัวเลือกตามแบบวัดของลิเคอร์ต (Likert' scale) ตามระดับความถี่ในการปฏิบัติ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย แปลผลเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ ดี ปานกลาง และควรปรับปรุง ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Consistency of content) ตั้งแต่ .50 และความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .73

2.6.3.5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของ ปิยะนันท์ เรือนคำ, สุคนธา คงศีล, สุขุม เจียมตน, ยุวสุข สัตยสมบูรณ์ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ (2565) จำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 2 ระดับ ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งหรือไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .98 และค่าความ เชื่อมั่นเท่ากับ .77

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบวัดแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ โดยประยุกต์มาตรการป้องกันและควบคุมการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และการปฏิบัติตามมาตรการอยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease Control, 2020) พัฒนาโดย นางสาวพัชร์ มณีอินทร์ และ อธิธิพล ดวงจินดา (2564) ซึ่งมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .961 ใช้ศึกษาการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ อีกทั้งภาษาที่ใช้ยังเข้าใจง่าย เนื้อหาครอบคลุม

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยสรุปว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตหรือความทุกข์ยากของชีวิต ถ้าหากไม่สามารถผ่านพ้นวิกฤตนี้ได้จะส่งผลให้อาการซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำหรือเกิดอาการ

รุนแรงจนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ และผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเผชิญกับสถานการณ์การการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นับเป็นความยากลำบากความทุกข์ยาก ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารู้สึกโดดเดี่ยวจากการเว้นระยะห่างขาดผู้ช่วยเหลือดูแล มีปัญหาการดูแลทางกายเพิ่มขึ้น ปัญหาการปรับตัว การทำกิจกรรมน้อยลง การเดินทางไปพบแพทย์ ปัญหาการเงิน เกิดอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ก่อให้เกิดความเครียด และส่งผลทวีความรุนแรงมากขึ้น จนกระทั่งเกิดการทำร้ายตนเอง หรือเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายขึ้น สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อาจทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดการปรับตัว สามารถเผชิญปัญหาและเกิดความเข้มแข็งทางใจได้ ความเข้มแข็งทางใจเป็นตัวปัจจัยทำนายเชิงบวกของสุขภาพจิตจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันผลกระทบด้านลบของสุขภาพจิตในวิกฤตการณ์การระบาดโควิด 19 โดยเฉพาะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่สามารถชดเชยการสูญเสียความสามารถในการทำงานและสุขภาพร่างกายด้วยความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งในการรับมือกับภาวะวิกฤตในชีวิตของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในการสถานการณ์นี้ได้ เนื่องจากบุคคลในครอบครัวมีความสำคัญกับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสามารถที่จะระบายความรู้สึกหรือความต้องการได้ และยังสามารถเป็นแหล่งประโยชน์ในเรื่องปัจจัยความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เป็นการกระทำใด ๆ ของบุคคลที่ปฏิบัติ ในระยะที่ยังไม่มีอาการของโรค ด้วยความเชื่อที่ว่าจะทำให้มีสุขภาพดี ทำให้เกิดความภาคภูมิใจที่ได้พบวิธีรับมือกับปัญหาและความเข้มแข็งทางใจเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์วิกฤติ บุคคลมักแสดงความเอื้อเฟื้อและร่วมมือร่วมใจกัน และรู้สึกดีมากกว่าได้ช่วยเหลือผู้อื่น อีกทั้งการมีส่วนร่วมของบุคคลในพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสำคัญอย่างยิ่งในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและสนับสนุนทางจิตใจผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เลือกศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ อาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และการสนับสนุนจากครอบครัว

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ประกอบด้วยปัจจัยคัดสรร คือ อาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และการสนับสนุนจากครอบครัว โดยศึกษามีรายละเอียดของการวิจัย ดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research)

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร (Population) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค ICD 10 กลุ่มรหัสโรค คือ F32.0 – F33.9 ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลระดับตติยภูมิและระดับตติยภูมิ จำนวน 2 แห่ง ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค ICD 10 กลุ่มรหัสโรค คือ F32.0 – F33.9 ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 1 แห่ง และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 1 แห่ง ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 137 ราย ดังนี้

3.2.2.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้

(1) เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ

1. มีคะแนนอาการซึมเศร้า ระหว่าง 7-18 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงระดับปานกลาง ประเมินโดยแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (กรมสุขภาพจิต, 2564)

2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) การแปลผลทำโดยการรวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อ คะแนนเต็ม

30 คะแนน มีจุดตัดที่ค่าคะแนนเท่ากับ 23 หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 ถือว่ามีภาวะสมองเสื่อม โดยแบ่งเกณฑ์ดังนี้

ถ้าไม่ได้เรียนหนังสือ คือ อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้ คะแนนเต็ม 23 คะแนน จุดตัดคะแนนน้อยกว่า 14 ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

เรียนระดับประถม คะแนนเต็ม 30 จุดตัดคะแนนน้อยกว่า 17

เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนนเต็ม 30 จุดตัดคะแนนน้อยกว่า 22

3. มีประวัติความเกี่ยวข้องกับเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 อย่างน้อย 1 ข้อ ประกอบด้วย มีประวัติไปในพื้นที่เสี่ยงโควิด 19 การเป็นผู้แยกสังเกตอาการ/ผู้กักกันตัว การเป็นผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค การมีญาติเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค/ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยการตอบแบบประเมินประวัติความเกี่ยวข้องกับเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

4. สามารถพูดคุยรู้เรื่อง ติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้

5. มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) โดยแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อ้างอิงใน ธรรมนูญสิริ ธรรมนูญสวัสดิ์ และคณะ, 2561) โดยกำหนดให้มีคะแนน 9 คะแนนขึ้นไป

(2) เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ

1. มีอาการของโรคประจำตัว เช่น DM คือ เหนื่อยแตก ใจสั่น ซึมลง , HT Urgency คือ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว แขนขาอ่อนแรง ปากเปี้ยว ลิ้นแข็ง

2. มีความผิดปกติทางการมองเห็นและการได้ยิน

(3) เกณฑ์การยุติ (discontinuation criteria) คือ ไม่มี

3.2.2.2 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) และขนาดอิทธิพล (Effect size) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.19.4 โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและขนาดอิทธิพล จากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้คือ ความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน (Hardy et al., 2004) ซึ่งมีค่า Partial R² เท่ากับ 0.09 ซึ่งได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.098 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกำหนดตัวแปรที่ใช้ในการทำนายจำนวน 5 ตัวแปร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 137 คน

3.2.2.3 การจัดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) ดังนี้

(1) เนื่องจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีแนวโน้มของจำนวนโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2560) มีการแบ่งตามเครือข่ายสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4 เครือข่าย คือ เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 7 เครือข่ายบริการสุขภาพ ที่ 8 เครือข่ายบริการสุขภาพ ที่ 9 และเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 10

เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด คือ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดอำนาจเจริญ และจังหวัดมุกดาหาร ซึ่งจังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ที่มีภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายระดับสูง มากเป็นอันดับที่ 1 คือร้อยละ 41.73 (รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปีงบประมาณ 2564 ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงเลือกจังหวัดอุบลราชธานีเป็นพื้นที่สำหรับสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง

(2) แบ่งโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานีเป็น 2 ระดับ คือ ระดับตติยภูมิ และระดับทุติยภูมิ

(3) สุ่มเลือกโดยกำหนดจำนวนโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 1 แห่ง จาก 5 แห่ง และทุติยภูมิ จำนวน 1 แห่ง จาก 22 แห่ง ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน ทำให้ได้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ คือ โรงพยาบาลวารินชำราบ และระดับทุติยภูมิ คือ โรงพยาบาลเขื่องใน

(4) จำแนกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล ตามสัดส่วนที่เท่ากันของที่เท่ากันของจำนวนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่คำนวณได้ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างเป้าหมายจำนวน 137 คน โดย โรงพยาบาลวารินชำราบ มีประชากรผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 639 คน เมื่อคำนวณสัดส่วน ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 คน ดังแสดงในการคำนวณ

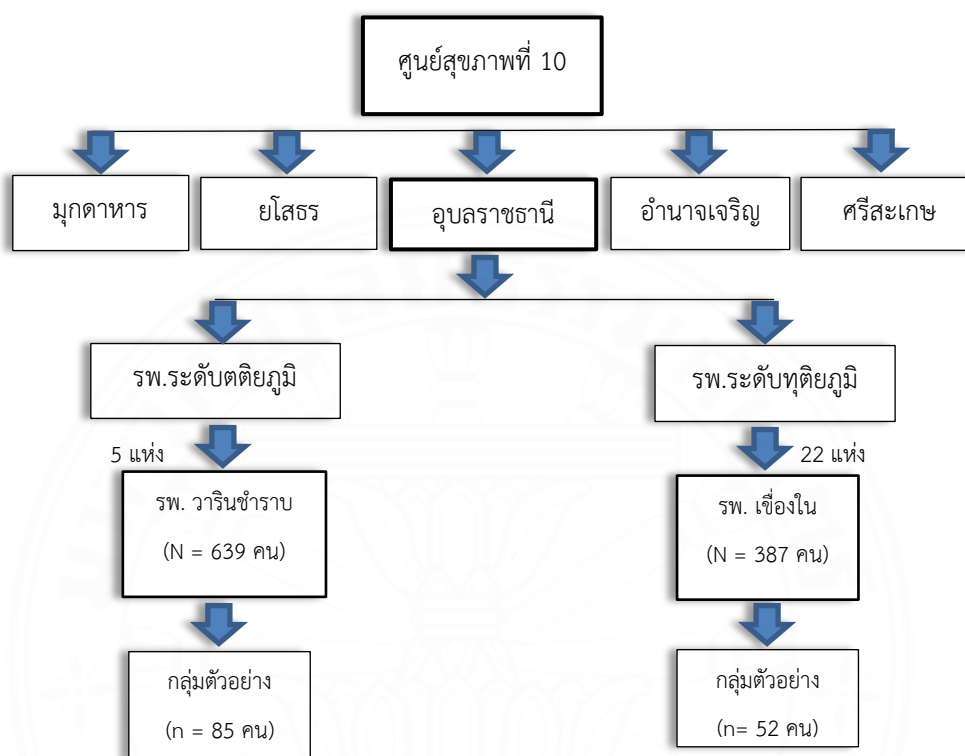
$$N_{\text{รพ. วารินชำราบ}} = \frac{137 \times 639}{1026} \\ = 85$$

และ โรงพยาบาลเขื่องใน จากประชากรจำนวน 387 คน เมื่อคำนวณสัดส่วน ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 คน ดังแสดงในการคำนวณ

$$N_{\text{รพ. เขื่องใน}} = \frac{137 \times 387}{1026} \\ = 52$$

(5) ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยเลือกเฉพาะผู้ที่มีการประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต ได้คะแนนระหว่าง 7-18 คะแนน

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นัดมารับบริการในคลินิก ในช่วงเวลาที่เข้าเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2566 และติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุจนครบจำนวน



ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

3.3.1.1 แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต (2564) ซึ่งใช้ในการคัดกรอง วินิจฉัย และติดตามภาวะซึมเศร้าในเวชปฏิบัติทั่วไป เป็นเครื่องมือประเมินและจำแนกความรุนแรงของโรคซึมเศร้า เป็นเครื่องมือสำหรับใช้ในการติดตามเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำและการกลับเป็นใหม่ ข้อคำถาม คือ ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน

ไม่มีอาการเลย

หมายถึง 0 คะแนน

มีอาการเป็นบางวัน (1-7 วัน) หมายถึง 1 คะแนน

มีอาการบ่อย (>7 วัน) หมายถึง 2 คะแนน

มีอาการทุกวัน หมายถึง 3 คะแนน

การแปลผล

น้อยกว่า 7 คะแนน ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการของโรค
ซึมเศร้าระดับน้อยมาก

7-12 คะแนน มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย

13-18 คะแนน มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

3.3.1.2 แบบประเมินสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai version 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2542) เป็นแบบประเมินความบกพร่องในการรู้คิดและใช้ทดสอบความสามารถในการรู้คิด จัดทำขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พ.ศ. 2542 จำนวน 11 ข้อ (ทบทวนการรับรู้เรื่องเวลา 5 คะแนน ทบทวนการรับรู้เรื่องสถานที่ 5 คะแนน ทดสอบความจำ 3 คะแนน ทดสอบความใส่ใจ 5 คะแนน ทบทวนความจำ 3 คะแนน การเรียกชื่อ 2 คะแนน การพูดตาม 1 คะแนน การทำตามเสียงพูด 3 คะแนน การทำตามคำเขียน 1 คะแนน การเขียน 1 คะแนน การมองโครงสร้าง 1 คะแนน)

เกณฑ์การประเมิน

การคิดค่าคะแนนความบกพร่องในการรู้คิด ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา ถ้าคะแนนรวมเท่ากับจุดตัด (cut-off point) ให้สงสัยว่ามีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมอง (cognitive impairment) หากผู้ถูกทดสอบไม่ได้เรียนหนังสืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด ซึ่งมีคะแนนเต็ม 23 คะแนน เพราะผู้ถูกทดสอบไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 หากผู้ถูกทดสอบศึกษาระดับประถมศึกษา คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด หากผู้ถูกทดสอบศึกษาระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด

3.3.1.3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) โดยแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อังอิงใน ธรรมนูญสิริ ันยสวัสดิ์ และคณะ, 2561) จำนวน 10 ข้อ มีคะแนน เต็ม 20 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน

0-4 คะแนน ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด): Very low initial score, Total dependence

5-8 คะแนน ภาวะพึ่งพารุนแรง (ต้องการพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนมาก): Low initial score, Severe dependence

9-11 คะแนน ภาวะพึ่งพาปานกลาง (ต้องการพึ่งพาผู้อื่นบ้าง): Intermediate initial score, Moderately severe dependence

12-20 คะแนน ไม่เป็นการพึ่งพา (ต้องการพึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อย): Intermediate high, Mildly severe dependence, Consideration of discharging home

3.3.1.4 แบบประเมินประวัติความเกี่ยวข้องกับเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ประกอบด้วย มีประวัติไปในพื้นที่เสี่ยงโควิด 19 การเป็นผู้แยกสังเกตอาการ/ผู้กักกันตัว การเป็นผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค การมีญาติเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค/ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

3.3.2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบประเมินทั้งหมด 7 ส่วน โดยแบบประเมิน ส่วนที่ 1 ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบบประเมิน ส่วนที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาแล้วมาใช้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาแล้วมาใช้ มีจำนวนทั้งสิ้น 93 ข้อ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 30-45 นาที โดยกลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ตอบแบบประเมินด้วยตนเอง แต่ในรายที่มีปัญหาด้านสายตา ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟัง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบ ผู้ช่วยวิจัยจะลงบันทึกคำตอบตามความเป็นจริง ในแต่ละส่วนของแบบสอบถามมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.3.2.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน และโรคประจำตัว

3.3.2.2 ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินระดับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ (1) ความซึมเศร้า มีข้อคำถาม 12 ข้อ มีค่าน้ำหนักตัวประกอบอยู่ระหว่าง .431 - .784 และ (2) ความคิดฆ่าตัวตาย มีจำนวนข้อคำถาม 4 ข้อ มีค่าน้ำหนักตัวประกอบอยู่ระหว่าง .451 - .933 วิเคราะห์ความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.95 (รังสิมันต์ สุนทรไชยา และคณะ, 2561)

เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งระดับคะแนนตามความรุนแรงและความถี่ ดังนี้

ระดับความรุนแรง

ไม่มีอาการ

เท่ากับ 0 คะแนน

อาการมีความรุนแรงน้อย เท่ากับ 1 คะแนน

อาการมีความรุนแรงปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน

อาการมีความรุนแรงมาก เท่ากับ 3 คะแนน

ระดับความถี่

มีอาการนาน ๆ ครั้ง (1-7 วัน) เท่ากับ 1 คะแนน

มีอาการบ่อย (7-10 วัน) เท่ากับ 2 คะแนน

มีอาการเกือบทุกวัน (>10 วัน) เท่ากับ 3 คะแนน

การแปลผล

นำคะแนนความรุนแรงและความถี่มาคูณกัน หากคะแนนรวมมาก สะท้อนได้ว่าผู้รับการประเมินมีอาการซึมเศร้าสูง โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

10-19 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression)

20-29 ปานกลาง (Moderate depression)

30 คะแนนขึ้นไป รุนแรง (Severe depression)

3.3.2.3 ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียด (ST-5) จำนวน 5 ข้อ พัฒนาโดย อรวรรณ ศิลปะกิจ (2551) และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2558) ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ

แทบไม่มีอาการหรือเกิดอาการเพียง 1 ครั้ง เท่ากับ 0 คะแนน

เป็นบางครั้งหรือมีอาการมากกว่า 1 ครั้ง แต่ไม่บ่อย เท่ากับ 1 คะแนน

บ่อยครั้งหรือมีอาการเกิดขึ้นเกือบทุกวัน เท่ากับ 2 คะแนน

เป็นประจำมีอาการเกิดขึ้นทุกวัน เท่ากับ 3 คะแนน

คะแนนรวมทั้งหมด 15 คะแนน ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ระหว่าง .74 ถึง .80 (วิจิตรา นุชช้อย และ คณะ, 2559; สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และคณะ, 2565) สามารถแปลผลระดับคะแนนได้ดังนี้

คะแนน 0-4 หมายถึง เครียดน้อย เป็นความเครียดในชีวิตประจำวัน ซึ่งแต่ละบุคคลสามารถปรับตัวได้เอง ไม่เกิดปัญหาสุขภาพของตนเอง และท่านยังสามารถช่วยดูแลบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวและชุมชนได้ด้วย

คะแนน 5-7 หมายถึง เครียดปานกลาง เป็นภาวะวิกฤตหรือภัยพิบัติ บุคคลต้องเตรียมในการจัดการการกับปัญหาต่าง ๆ จนทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นในระดับปานกลาง ซึ่งยังถือว่าเป็นปกติเพราะทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการเผชิญปัญหา

คะแนน 8-9 เครียดมาก เป็นภาวะวิกฤตหรือภัยพิบัติต่าง ๆ อาจทำให้เกิดการตอบสนองที่รุนแรงขึ้นชั่วคราว ซึ่งมักจะลดมาเป็นปกติหลังเหตุการณ์

คะแนน 10-15 เครียดมากที่สุด เป็นความเครียดที่รุนแรง ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะร่างกาย ทำให้อ่อนแอ เจ็บป่วยง่าย และต่อภาวะจิตใจจนอาจทำให้เกิดโรควิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ทันที และได้รับการดูแลต่อเนื่องอีก 3-6 เดือน

3.3.2.4 ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้น (Geriatric Anxiety Scale Ten-Item Short Form: GAS-10) ของ มูลเลอร์ และคณะ (Mueller, Segal, Gavett, Marty, Yochim, June et al, 2015) แปลเป็นแบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาไทย (Thai Geriatric Anxiety Scale Ten-Item Short Form: Thai GAS-10) โดย สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม และคณะ (2564) ซึ่งจากการทดสอบคุณสมบัติในการวัดทางจิตของเครื่องมือ (Psychometric Properties) พบว่ามีคุณสมบัติการประเมินภาวะวิตกกังวลในระดับดีและเหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .84 แบบประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับอาการวิตกกังวล ได้แก่ อาการทางกาย อาการทางความรู้คิดสติปัญญา และอาการทางด้านจิตใจ คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 30 คะแนน โดยคะแนนยิ่งสูงแปลว่ามีความวิตกกังวลสูง ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ (Mueller, Segal, Gavett, Marty, Yochim, June et al, 2015) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่มีอาการเลย	เท่ากับ 0 คะแนน
มีบ้างเป็นบางครั้ง	เท่ากับ 1 คะแนน
เป็นส่วนใหญ่	เท่ากับ 2 คะแนน
มีตลอดให้	เท่ากับ 3 คะแนน

การแปลผล

คะแนน 1-6	หมายถึง วิตกกังวลเล็กน้อย
คะแนน 7-9	หมายถึง วิตกกังวลต่ำ
คะแนน 10-11	หมายถึง วิตกกังวลปานกลาง
คะแนน 12-30	หมายถึง วิตกกังวลสูง

3.3.2.5 ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว ของ เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางครอบครัว พัฒนาตามแนวคิดของ เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) โดยนำแบบวัดของออร์ซอร์ โวทวี (2548) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค

ทั้งฉบับเท่ากับ .85 มาปรับปรุงและพัฒนา ทั้งนี้ในการพัฒนาแบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวของ เบญจมาศ นาควิจิตร ความเชื่อมั่นฉบับทดลองใช้ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .910 และความเชื่อมั่นฉบับใช้จริง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .940 เป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด จำนวน 12 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัวด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว

กรณีข้อความทางบวก

จริงมากที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน	5
จริงมาก	ให้คะแนน	ระดับคะแนน	4
จริงปานกลาง	ให้คะแนน	ระดับคะแนน	3
จริงน้อย	ให้คะแนน	ระดับคะแนน	2
จริงน้อยที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน	1

กรณีข้อความทางลบ

จริงมากที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน	1
จริงมาก	ให้คะแนน	ระดับคะแนน	2
จริงปานกลาง	ให้คะแนน	ระดับคะแนน	3
จริงน้อย	ให้คะแนน	ระดับคะแนน	4
จริงน้อยที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน	5

การรวมคะแนน ผู้วิจัยรวมคะแนน โดยมีคะแนนระหว่าง 12-60 คะแนน การแปลความหมายสำหรับการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า หมายความว่า บุคคลนั้นมีการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว สูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า โดยแบบสอบถามการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

ผู้ที่ได้คะแนนระดับสูง (มีคะแนน 45-60) หมายความว่า เป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอย่างดี หรือครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้ที่ได้คะแนนระดับปานกลาง (มีคะแนน 29-44) หมายความว่า เป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวบ้างเป็นบางโอกาส หรือครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง

ผู้ที่ได้คะแนนระดับต่ำ (มีคะแนน 12-28) หมายความว่า เป็นผู้ที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัวน้อย หรือถูกละเลยในเรื่องการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.3.2.6 ส่วนที่ 6 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ของ นางศันพัชร์ มณีอินทร์ และอิทธิพล ดวงจินดา (2564) โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) และมาตรการป้องกันและควบคุมการ ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 กรมควบคุมโรค (Department of Disease Control, 2020) ได้ค่า ดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (S-CVI) เท่ากับ.933 และได้ค่าความเที่ยงตรงแบบสอบถามทั้งฉบับโดย ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ.978 โดยปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแล ตนเองของผู้สูงอายุได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .945 ปัจจัยการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ค่า ความเชื่อมั่นเท่ากับ .940 และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาของผู้สูงอายุ ได้ค่าความ เชื่อมั่นเท่ากับ .961

แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ โดย ประยุกต์มาตรการป้องกันและควบคุมการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข และการปฏิบัติตามมาตรการอยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease Control, 2020) ประกอบด้วย การใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือด้วย สบู่และน้ำหรือใช้เจลแอลกอฮอล์ การเว้นระยะห่างทางสังคม 1-2 เมตร และการส่งเสริมสุขภาพ รวม จำนวน 24 ข้อ มีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval Scale) มี 5 ระดับ ให้เลือกตอบ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

การแปลผล ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของ เบสท์ (Best, 1981) ใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่มหรือระดับที่ต้องการ แบ่ง โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน } (I) = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\begin{aligned} \text{พิสัยของช่วงคะแนน } (I) &= \frac{120 - 24}{3} \\ &= 32 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยมีช่วงคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

24.00 –56.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ใน ระดับน้อย

56.01 –88.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับปานกลาง

88.01 –120.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับมาก

3.3.2.7 ส่วนที่ 7 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (Connor–Davidson Resilience Scale, 10-Item CD-RISC) พัฒนาโดย Connor & Davidson (2003) แปลเป็นภาษาไทย ด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Black Translation) โดย รศ.ดร. นพพร ว่องสิริมาศ และคณะ (2560) เป็นแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ มีข้อคำถาม 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 แบ่งเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยให้ผู้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ดังนี้

ไม่จริงทั้งหมด เท่ากับ 0 คะแนน

ไม่จริงอย่างมาก เท่ากับ 1 คะแนน

ไม่จริงบางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน

จริงบ่อยครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน

จริงเกือบตลอดเวลา เท่ากับ 4 คะแนน

โดยให้คะแนน 0-4 คะแนน คะแนนรวม ≤ 29 คะแนน ประเมินว่ามีความเข้มแข็งทางใจต่ำ (Connor & Davidson, 2003)

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

3.4.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินจำนวน 7 ฉบับ ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย 3) แบบประเมินความเครียด (ST-5) 4) แบบประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้น 5) แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว 6) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ และ 7) แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (CD-RISC) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินทั้ง 7 ส่วน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ คือ นายแพทย์เชี่ยวชาญจิตแพทย์ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 1 ท่าน อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเชียงใหม่ 1 ท่าน (ภาคผนวก ก-1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเพื่อดำเนินการตรวจสอบ/ประเมินความสอดคล้องหรือเหมาะสมระหว่างวัตถุประสงค์กับข้อคำถาม ความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมของ

เนื้อหาในคำถาม จำนวนข้อคำถาม ความถูกต้องของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมกับวัย/กลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก ก-2) ได้ผลการหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือในการวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ โดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์ ความหมายที่ถูกต้อง และภาษาที่ใช้กันทั่วไปหรือใช้ในชีวิตประจำวัน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญทำการตรวจสอบความสอดคล้องของความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือในการวิจัย พบว่าแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย แบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้น แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (10-Item CD-RISC) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ทั้งฉบับเท่ากับ 1.00 ทั้ง 6 ส่วน ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ทั้งฉบับเท่ากับ .986

3.4.2 การตรวจสอบคุณภาพความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ

นำเครื่องมือทั้ง 6 ส่วน คือ แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย แบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้น แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ และแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (10-Item CD-RISC) ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับการรักษาในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (ภาคผนวก ก-2) เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในการตอบแบบประเมิน และนำมาปรับปรุงแก้ไขโดยกำหนดค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้เท่ากับ .70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร, 2555) ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง โดยผลการหาความเที่ยงของเครื่องมือในการวิจัย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .907, .787, .868, .906, .948, และ .902 ตามลำดับ

3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผู้วิจัยได้รับอนุมัติโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ได้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

3.5.1 ขั้นตอนเตรียมการ

3.5.1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัย

3.5.1.2 เมื่อโครงการวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ COA 150/2565 (ภาคผนวก ข) ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พร้อมเอกสารโครงร่างวิทยานิพนธ์ เครื่องมือในการวิจัย และหนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลวารินชำราบ และโรงพยาบาลเชิงไโน โดยตรง (ภาคผนวก ค-3) เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1.3 ในการเตรียมความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะมีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประสบการณ์ทำงาน 9 ปี เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยเกิดความเข้าใจตรงกันถึงวัตถุประสงค์ เนื้อหาของข้อคำถาม และวิธีการในการเก็บข้อมูล โดยในการไปเก็บข้อมูลนั้นเพื่อป้องกันปัญหาเรื่องความลำเอียง (Bias) ผู้วิจัยจะมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลเพียงผู้เดียว โดยเริ่มด้วยการให้ผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัยและเครื่องมือที่วิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบ และสอบถามความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และไม่เร่งรัดกลุ่มตัวอย่างในขณะตอบแบบสอบถาม กรณีกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสายตามองเห็นไม่ชัดเจน หรือไม่สามารอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบ และให้บันทึกตามความเป็นจริง

3.5.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.2.1 เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อนัดหมายและเข้าพบกับผู้รับผิดชอบประจำคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลวารินชำราบ และโรงพยาบาลเชิงไโน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียด วิธีการรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติ และกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

3.5.2.2 ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นัดมารับบริการในคลินิก ในช่วงเวลาที่เข้าเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกเฉพาะผู้ที่มีการประเมินแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ตั้งแต่ระดับน้อยถึงปานกลาง (คะแนนอาการของโรคซึมเศร้าตั้งแต่ 7 ถึง 18 คะแนน) หากพบว่ามีความรุนแรง (19 คะแนนขึ้นไป) รวมทั้งความผิดปกติอื่น ๆ ผู้วิจัยจะรีบให้การดูแลช่วยเหลือทันที โดยอธิบายผลการตรวจเบื้องต้นร่วมกับการซักประวัติเพิ่มเติมถึงอาการอื่น ๆ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับซึมเศร้ารุนแรง 2 ราย จำเป็นต้องพบแพทย์เพื่อทำการรักษา จึงติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเต็มความสามารถตามสิทธิการ

รักษาของผู้ป่วย จากนั้นติดตามสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์จนครบจำนวน โดยหมุนเวียนกันไปในแต่ละโรงพยาบาล ตามที่ได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลในช่วงวัน-เวลาที่ทางคลินิกจิตเวชของแต่ละโรงพยาบาล กำหนดวันในการให้บริการ

3.5.2.3 ผู้วิจัยศึกษาตรวจสอบประวัติและจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคัดกรองโดยพยาบาลประจำคลินิกจิตเวช เพื่อประเมินเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) อย่างคร่าว ๆ อีกครั้ง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยนำแบบประเมินให้ผู้ช่วยการวิจัยไปดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 137 คน

3.5.2.4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอธิบายแบบประเมิน ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวิธีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยอธิบายความยินยอมและเอกสารข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่างการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดตามใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยจะเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการตัดสินใจด้วยตนเองในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อเมื่อได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง และในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์จะลงลายมือด้วยการเขียน กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้ลายเซ็นหรือใช้การปั๊มลายมือแทนได้ หรือให้บุตร ผู้อนุบาล หรือญาติที่เป็นผู้ดูแลหรือผู้ติดตามซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้วให้ความยินยอมเป็น กลุ่มตัวอย่าง โดยมีการเก็บรวบรวมใบแสดงความยินยอม เป็นลายลักษณ์อักษรจากกลุ่มตัวอย่างก่อนทำการวิจัย โดยใช้สถานที่ห้องตรวจในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลวารินชำราบ และโรงพยาบาลเชียงใหม่ ซึ่งมีลักษณะเป็นส่วนตัวในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างกำลังตอบแบบประเมิน

3.5.2.5 หลังจากกลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้ช่วยวิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียด และวิธีการตอบแบบประเมินแต่ละส่วน จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จากนั้นผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้กรอกแบบประเมินให้ตามความเป็นจริงที่ผู้ป่วยประเมิน (ภาคผนวก ง.) และเพื่อเป็นการป้องกันความรู้สึกไม่ปลอดภัยในการให้ข้อมูล จะใช้คลินิกจิตเวชของแต่ละโรงพยาบาลเป็นสถานที่สัมภาษณ์ อันเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการบริการในสถานที่นี้ ทำให้คุ้นเคยกับสถานที่ดังกล่าวมากที่สุด ไม่ทำให้เกิดอาการเกร็งหรือหวาดกลัว และจะมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในคลินิกจิตเวชขอใช้พื้นที่บางส่วน จัดเป็นห้องในการสัมภาษณ์ โดยเน้นให้มีความเป็นส่วนตัว ป้องกันการเปิดเผยความลับ ทำการสัมภาษณ์โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ผู้ช่วย

วิจัยจะตรวจทานความเรียบร้อย และความครบถ้วนของแบบประเมินทุกครั้ง และเก็บแบบประเมินที่ได้รับการประเมินแล้วในซองที่ปิดมิดชิด

3.5.2.6 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลอีกครั้ง พร้อมทั้งลงรหัสในแบบประเมิน ในกรณีที่ไม่ครบถ้วนผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมใหม่ โดยไม่นำแบบประเมินที่ไม่สมบูรณ์หรือครบถ้วนมาใช้ในการวิจัย นำแบบประเมินที่มีความสมบูรณ์มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

3.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

3.6.1 การชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3.6.1.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบรายละเอียดในขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย การร่วมการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย และการได้รับสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เช่น สิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างเปิดเผยทั้งด้านบวกและด้านลบของการวิจัย สิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง รักษาความลับส่วนบุคคลพร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ (ภาคผนวก ค-1)

3.6.1.2 ในการทำแบบสอบถาม แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม

3.6.2 การชี้แจงประโยชน์ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมการวิจัยว่า แม้จะไม่มีประโยชน์โดยตรงกับผู้ป่วยมากนัก แต่กลุ่มตัวอย่างจะมีส่วนร่วมในการสร้างแนวทางการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า รวมทั้งเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

3.6.3 การเซ็นชื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อเมื่อกลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก ค-2) และในกรณีที่

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ประสงค์จะเขียนลายมือด้วยตัวพิมพ์เขียน กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะใช้ลายเซ็นได้ แทนได้ และเก็บแบบสอบถามในซองที่ปิดมิดชิด

3.6.4 การรักษาความลับของข้อมูล

เอกสาร และแบบสอบถามทุกฉบับ ผู้วิจัยจะทำการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ได้รับการปกปิด ไม่เปิดเผย ไม่ให้มีการรั่วไหลของข้อมูล ให้บุคคลอื่นทราบ การเปิดเผยข้อมูลจะรายงานข้อมูลในลักษณะกลุ่ม โดยไม่มีข้อมูลเฉพาะบุคคลที่ทำให้สามารถสืบหาข้อมูลได้ จะไม่มีการเปิดเผย ชื่อ นามสกุล ในการนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะใช้เฉพาะการศึกษาวิจัยนี้เท่านั้น โดยจะเปิดเผยเฉพาะอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เท่านั้น

3.6.5 ระยะเวลาการเก็บเอกสารข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและเมื่อสิ้นสุดการวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายในระยะเวลา 1 ปี สำหรับข้อมูลที่เป็นกระดาษเอกสารจะถูกทำลายด้วยวิธีการตัดทิ้งทำลายด้วยเครื่องตัดเอกสาร และเผาทิ้งทำลาย ในส่วนที่เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์จะถูกลบทิ้งจากเครื่องคอมพิวเตอร์และเครื่องมือต่าง ๆ ในการบันทึก

3.6.6 การเผยแพร่ข้อมูล

การนำเสนอและการเผยแพร่ข้อมูล การตีพิมพ์ในหนังสือหรือวารสารทางการแพทย์และพยาบาล ตลอดจนผลการศึกษิต่าง ๆ ผู้วิจัยจะทำการเผยแพร่เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และจะทำการเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น โดยข้อมูลที่เผยแพร่ไม่มีการระบุชื่อและแหล่งที่มาของข้อมูล ผู้ที่ได้รับทราบข้อมูลไม่สามารถเชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูลได้

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบประเมิน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบประเมินมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือการลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

3.7.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

3.7.2 วิเคราะห์ตัวแปรอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 การสนับสนุนจากครอบครัว และความเข้มแข็งทางใจ วิเคราะห์โดยสถิติเชิง

พรรณนา (Descriptive Statistics) คือ การหาค่าเฉลี่ย (Average mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3.7.3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 การสนับสนุนจากครอบครัว และความเข้มแข็งทางใจ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัว (Pearson's product moment correlation) หลังจากนั้นจึงจะทำการวิเคราะห์ระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยจะพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยเกณฑ์ที่เหมาะสม ไม่เกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) ควรมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) อยู่ระหว่าง .20 -.80 (อินทชัย ตรีวานิช, 2552)

3.7.4 วิเคราะห์หาตัวแปรทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ระหว่างปัจจัยด้านอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และการสนับสนุนจากครอบครัว โดยนำตัวแปรแต่ละตัวมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ซึ่งเป็น เทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรอิสระที่มากกว่าหนึ่งตัวแปร การเพิ่มตัวแปร อิสระที่เกี่ยวข้องเข้าในการวิเคราะห์จะทำให้ความถูกต้องของการวิเคราะห์เพิ่มมากขึ้นและค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของตัวประมาณค่า (Standard Error of Estimates) ลดลง และใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบนำตัวแปรเข้าพร้อมกันทั้งหมด (Enter) เพื่อหาปัจจัยทั้งหมดที่สามารถร่วมกันทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

สำหรับกรณีที่มี ตัวแปรอิสระตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป ที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับตัวแปรตาม สมการถดถอยสามารถเขียนได้ ดังนี้

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_i + \dots + \epsilon$$

โดย Y_i หมายถึง ค่าของตัวแปรตามในการเก็บข้อมูลครั้งที่ i

β_0 หมายถึง ค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามที่ตัวแปรอิสระทั้งสองมีค่าเป็นศูนย์

β_i หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของ X_i

ϵ_i หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูลครั้งที่ i

ทั้งนี้ ค่า β_i เป็นค่าความคาดหวังของ Y ที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อ X_i เปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย โดยที่ตัวแปรอิสระตัวอื่นมีค่าเท่าเดิม

3.7.5 การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple regression analysis) (รายละเอียดการคำนวณดูที่ภาคผนวก จ) ดังนี้

3.7.5.1 ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear relationship) พิจารณาได้จากลักษณะการกระจายข้อมูลในแผนภาพการกระจาย (Normal P-P plot) ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามกราฟที่ได้เป็นเส้นตรง

3.7.5.2 ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายของปัจจัยทำนายทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นทำได้โดยพิจารณาจากภาพการกระจาย (Scatter plot ความสัมพันธ์ระหว่างค่าประมาณ \hat{Y} ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Regression standardized predicted value) กับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Regression standardized residual value) จะพบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายกระจายบริเวณค่าศูนย์

3.7.5.3 ค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Autocorrelation) ตรวจสอบโดยการดูค่า Durbin-Watson ในตาราง Model summary หากค่านี้อยู่ระหว่าง 1.5 - 2.5 ถือว่าตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นอิสระจากกัน

3.7.5.4 การวิจัยนี้ใช้เมตริกสหสัมพันธ์ทดสอบว่า ตัวแปรต้นด้วยกันมีความสัมพันธ์กันสูงหรือไม่ (Multicollinearity) โดยใช้เกณฑ์ค่า $r = .80$ ขึ้นไป (อโนทัย ตรีวานิช, 2552)

3.7.5.5 ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการกระจายเป็นปกติ (Normality) ตรวจสอบโดยใช้สถิติ Komogorov Smirnov test นำค่าความคลาดเคลื่อนที่ได้เขียนแผนภาพฮิสโตแกรม ถ้าได้กราฟรูประฆังคว่ำสมมาตรแสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3.7.6 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจและปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 137 ราย จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) ผลการวิจัยได้นำเสนอตามลำดับดังนี้

4.1 ผลการวิจัย นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์หาค่าการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

4.2 การอภิปรายผล

4.1 ผลการวิจัย นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน และโรคประจำตัว ปรากฏผลดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1

จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน และโรคประจำตัว ($n = 137$)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	36	26.30
หญิง	101	73.70
อายุ ($M = 69.78, SD = 6.764, Min. = 60, Max. = 96$)		
60-70 ปี	77	56.20
71-80 ปี	50	36.50
81-96 ปี	10	7.30
ศาสนา		
พุทธ	135	98.50
คริสต์	2	1.50
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	.70
ระดับประถมศึกษา	119	86.90
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	9	6.60
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	1	.70
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	7	5.10
สถานภาพสมรส		
โสด	9	6.60
สมรส	73	53.30

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หย่า/หม้าย	53	38.70
แยกกันอยู่	2	1.50
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	117	85.40
5,000 – 10,000 บาท/เดือน	11	8.00
10,001 – 15,000 บาท/เดือน	7	5.10
มากกว่า 15,001 บาท/เดือน	2	1.50
โรคประจำตัว		
ไม่มี	50	36.50
มี	87	63.50

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 73.7 รองลงมาคือ เพศชาย จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 26.3 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 56.2 รองลงมาอายุอยู่ระหว่าง 71-80 ปี จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 36.5 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 98.5 รองมานับถือศาสนาคริสต์ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.5 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 86.9 รองลงมามีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.6 ส่วนมากมีสถานภาพสมรส จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมามีสถานภาพสมรสหย่า/ม่าย จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 38.7 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 85.4 รองลงมามีรายได้ 5,000 – 10,000 บาท/เดือน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0 ส่วนมากมีโรคประจำตัว จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 63.5 และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 36.5

ส่วนที่ 2 การประเมินอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทยของกลุ่มตัวอย่าง ปรากฏดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ($n = 137$)

	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่ได้	<i>M</i>	<i>SD</i>	แปลผล
อาการซึมเศร้า	0 - 144	3 - 127	29.09	22.11	ระดับปานกลาง
ความเครียด	0 - 15	0 - 15	5.13	3.23	ระดับปานกลาง
ความวิตกกังวล	0 - 30	0 - 30	8.92	6.06	ระดับต่ำ
การสนับสนุนจากครอบครัว	12 - 60	12 - 60	41.70	10.42	ระดับปานกลาง
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19	24 - 120	58 - 120	92.81	15.35	ระดับดี
ความเข้มแข็งทางใจ	0 - 40	0 - 40	26.47	7.54	ระดับต่ำ

จากตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 29.09$, $SD = 22.11$) มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 5.13$, $SD = 3.23$) มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ($M = 8.92$, $SD = 6.06$) เป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 41.70$, $SD = 10.42$) มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับดี ($M = 92.81$, $SD = 15.35$) และมีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับต่ำ ($M = 26.47$, $SD = 7.54$)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์ระดับความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ปรากฏดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (n = 137)

ปัจจัยคัดสรร	ความเข้มแข็งทางใจ			
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	ระดับความสัมพันธ์	ทิศทางความสัมพันธ์
อาการซึมเศร้า	-.428	.01	ปานกลาง	ทิศทางลบ
ความเครียด	-.409	.01	ปานกลาง	ทิศทางลบ
ความวิตกกังวล	-.467	.01	ปานกลาง	ทิศทางลบ
การสนับสนุนจากครอบครัว	.340	.01	ค่อนข้างน้อย	ทิศทางบวก
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19	.399	.01	ค่อนข้างน้อย	ทิศทางบวก

จากตารางที่ 4.3 พบว่า อาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับความวิตกกังวล ($r = -.467, p < .01$) อาการซึมเศร้า ($r = -.428, p < .01$) และอาการเครียด ($r = -.409, p < .01$) ตามลำดับ และความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการสนับสนุนจากครอบครัว ($r = .340, p < .01$) และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ($r = .399, p < .01$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (n = 137)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)					
	อาการซึมเศร้า	ความเครียด	ความวิตกกังวล	การสนับสนุนจากครอบครัว	พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19	ความเข้มแข็งทางใจ
อาการซึมเศร้า	1	.730**	.723**	-.086	.226**	-.428**
ความเครียด		1	.787**	-.112	.155	-.409**
ความวิตกกังวล			1	-.128	.078	-.467**
การสนับสนุนจากครอบครัว				1	.428**	.340**
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19					1	.399**

หมายเหตุ ** = $p < .01$

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบนำตัวแปรเข้าพร้อมกันทั้งหมด (Enter) เพื่อหาปัจจัยทำนายและสร้างสมการปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปรากฏดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณการแพรระบาด
ของโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 137)

ตัวแปรปัจจัยทำนาย	b	SE	β	t	p-value	Tolerance	VIF
Constant	9.46	3.13		3.02	.003		
อาการซึมเศร้า	-.11	.035	-.35	-3.19	.002	.39	2.57
ความเครียด	-.19	.26	-.08	-.72	.470	.32	3.10
ความวิตกกังวล	-.24	.14	-.19	-1.74	.084	.33	3.06
การสนับสนุนจากครอบครัว	.06	.05	.08	1.13	.262	.78	1.29
พฤติกรรมกำรป้องกันโรค โควิด 19	.23	.04	.46	6.19	.000	.74	1.36

$R^2 = .473$, Adjusted $R^2 = .453$, $F = 23.67$, $P\text{-value} = .000$

จากตารางที่ 4.5 เมื่อพิจารณาจากคะแนนมาตรฐานของตัวแปรแต่ละตัวแปรพบว่า พฤติกรรมกำรป้องกันโรคโควิด 19 มีอำนาจในการทำนายสูงสุด ($\beta = .460$) รองลงมาคืออาการซึมเศร้า ($\beta = -.35$) โดยตัวแปรทำนายทั้ง 2 ตัวแปร สามารถทำนายสมการความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณการแพรระบาดของโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 47.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า ความเครียด ($\beta = -.08$) ความวิตกกังวล ($\beta = -.19$) และการสนับสนุนจากครอบครัว ($\beta = 1.13$) ไม่สามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณการแพรระบาดของโรคโควิด 19 ได้

จากผลการวิเคราะห์สามารถสร้างปัจจัยทำนายสมการความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณการแพรระบาดของโรคโควิด 19 ได้ดังนี้

สมการรูปคะแนนดิบ

$$Y = 9.46 - .11(\text{อาการซึมเศร้า}) + .23(\text{พฤติกรรมกำรป้องกันโรคโควิด 19})$$

สมการรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = -.35(\text{อาการซึมเศร้า}) + .46(\text{พฤติกรรมกำรป้องกันโรคโควิด 19})$$

Y, Z คือ ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณการแพรระบาดของโรคโควิด 19

จากสมการข้างต้นจะเห็นได้ว่า หากปัจจัยด้านอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ในขณะที่ปัจจัยอื่น ๆ คงที่ ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จะลดลง .35 หน่วยคะแนนมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.35, p = .000$) หากปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น 1 หน่วย ในขณะที่ปัจจัยอื่น ๆ คงที่ ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จะเพิ่มขึ้น .46 หน่วยคะแนนมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .46, p = .000$)

การตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) จะใช้ค่าองค์ประกอบการขยายความแปรปรวน (Variance Inflation Factor: VIF) หรือค่าพิกัดความเผื่อ (Tolerance) โดยมีเกณฑ์การตรวจสอบตั้งนี้ องค์ประกอบการขยายความแปรปรวน (Variance Inflation Factor: VIF) ที่เหมาะสมไม่ควรเกิน 4 หากเกินกว่านี้แสดงว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเอง (Miles & Shevlin, 2001) และ ค่าพิกัดความเผื่อ (Tolerance) ควรมากกว่า .20 (Pedhazur, 1997) ซึ่งจากตารางที่ 4.4 พบว่า ค่าพิกัดความเผื่อ (Tolerance) ที่มีค่าน้อยที่สุด คือ 0.32 ซึ่งไม่ต่ำกว่า .20 และ ค่าองค์ประกอบการขยายความแปรปรวน (Variance Inflation Factor: VIF) ที่มีค่ามากที่สุด คือ 2.57 ซึ่งน้อยกว่า 4.000 ดังนั้น ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันหรือไม่เกิดภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity)

4.2 การอภิปรายผล

4.2.1 ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ ($M = 26.47, SD = 7.54$) (ตารางที่ 4.2)

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในหลายๆด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โรคภัยไข้เจ็บต่างๆ สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับกระบวนการความคิดหรือเผชิญหน้ากับภาวะวิกฤตได้ จะส่งผลทำให้เกิดความเครียดตลอดเวลา ความสามารถในการรู้คิดลดลง รู้สึกกลัวรู้สึกไม่มีค่า โดดเดี่ยว หมดกำลังใจ สิ้นหวัง เกิดอารมณ์แปรปรวน มองทุกอย่างรอบตัวแย่ไปหมด ความสามารถในการตัดสินใจลดลง คิดไม่ยอมมีชีวิตอยู่ และคิดฆ่าตัวตาย (พิชัย อภิภูสกุล และ ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2558) ส่งผลกระทบต่อการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ ความเครียด และสิ่งต่างๆ ที่เข้ามากระทบจิตใจได้ เกิดความเหนื่อยล้า ท้อแท้ เมื่อต้องประสบความเจ็บป่วย/ความยากลำบากหรือเผชิญกับสถานการณ์ยุ่งยากในชีวิต ภายใต้ภาวะกดดัน ซึ่งผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ต้องเผชิญกับโรคซึมเศร้า อาการต่างๆแล้ว ยังต้องปรับตัวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทั้งการเว้นระยะห่างและสูญเสียโอกาส

ทางสังคมตามปกติ ต้องทนอยู่กับสภาพแวดล้อมดังกล่าว ไม่สามารถสื่อสารถึงความรู้สึกของตนเองได้ และขาดแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนทางจิตใจ (Brooks et al., 2020; Kar, 2020) รวมทั้งความรู้สึกด้อยค่าหรือเป็นภาระแก่สังคมและครอบครัว การรับรู้ที่ผู้สูงอายุอาจไม่ได้รับการดูแล สุขภาพอย่างที่ต้องการเนื่องจากทรัพยากรในการดูแลไม่เพียงพอ (Lim et al., 2020) การปฏิบัติตามมาตรการด้านสาธารณสุขต่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัส ทั้งการใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือใช้เจลแอลกอฮอล์ การเว้นระยะห่างทางสังคม 1 - 2 เมตร (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) เกิดความยุ่งยากในการใช้ชีวิตและการปรับตัวเข้าสู่ชีวิตวิถีใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้ยาก ไม่สามารถปรับความคิดเชิงบวกได้ คิดว่าตนเองไม่สามารถผ่านพ้นปัญหาอุปสรรค และไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้เมื่อมีอุปสรรคหรือสิ่งต่างๆ เข้ามากระทบจิตใจในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 นี้ ซึ่งจากแนวคิดองค์ประกอบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของคอนเนอร์ และเดวิดสัน (Connor & Davidson, 2003) ได้กล่าวถึงแนวคิดความเข้มแข็งทางใจ ความเข้มแข็งทางใจ เป็นกระบวนการความสามารถส่วนบุคคลในการทนต่อความเครียด และการยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เป็นแนวคิดที่ส่งผลต่ออารมณ์ และจิตใจ และทำให้ผู้สูงอายุฟื้นตัวได้ดีขึ้น เมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ยากลำบาก ทั้งนี้ความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะคือ โดยความสามารถในการนำเอาประสบการณ์ชีวิตมาช่วยในการฟื้นกลับของสุขภาพจิต โดยมีองค์ประกอบเกี่ยวข้องกับความสามารถทางด้านจิตใจและการรับรู้ต่อตนเอง 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สมรรถนะส่วนบุคคล มาตรฐานระดับสูง และการยืดหยุ่น เป็นการแสดงออกทางความคิดและพฤติกรรมในการเผชิญกับอุปสรรคของตนเอง 2) ความไว้วางใจในสัญชาตญาณ ความอดทนต่อผลกระทบด้านลบ และการเสริมสร้างผลกระทบจากความเครียด เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ได้ รวมถึงการประเมินความพร้อมและแหล่งประโยชน์ของตนเอง 3) การยอมรับการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก และความสัมพันธ์ที่มั่นคง เป็นการรับรู้ถึงสภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ไม่กังวลต่อผลของการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้มากนัก 4) ความสามารถในการควบคุมตนเอง เป็นการใช้กระบวนการภายในของบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรค สามารถประเมินสถานการณ์ สร้างทางเลือกและวิธีการจัดการที่เหมาะสมได้ ไม่เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสสังคมหรือสิ่งแวดล้อม และ (5) ผลกระทบต่อสภาวะจิตใจ เป็นการประเมินสิ่งเร้าภายนอกที่มีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรม ไม่ว่าจะเป็นการต่อสู้หรือหลีกเลี่ยง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ และการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล

จากการตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความเข้มแข็งทางใจในระดับต่ำ โดยยังขาดในเรื่องการยอมรับการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก การความอดทนต่อผลกระทบด้านลบ และการเสริมสร้างความอดทนต่อผลกระทบจากความเครียด

และขาดการประเมินผลกระทบต่อจิตใจเป็นการประเมินสิ่งเร้าภายนอกที่มีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรม ไม่ว่าจะเป็นการต่อสู้หรือหลีกเลี่ยง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลเป็นการรับรู้ การศึกษาของ แวร์โดลินี และคณะ (Verdolini et al, 2021) ศึกษาความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในช่วงการระบาดของโรคโควิด พบว่า มีความเข้มแข็งทางใจในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของวัมบัว และคณะ (Wambua et al., 2020) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางใจและการทำงานทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ความสามารถในการฟื้นกลับในผู้ป่วยโรคจิตอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของพาร์เดลเลอร์ และคณะ (Pardeller et al., 2020) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางใจและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้า พบว่า มีความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำ

อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเปเรซ โรโฮ และคณะ (Perez-Rojo et al., 2022) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายมิติต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่เผชิญกับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับสูงร้อยละ 43.4 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิสาน งามศรีและคณะ (2564) ที่พบว่าความเข้มแข็งทางจิตใจในด้านความมั่นคงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับเกณฑ์ปกติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.51 ซึ่งจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ทำให้โรคดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตก่อให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากต้องเผชิญกับอาการทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม (ณัฐิกา ราชบุตร, จิรัชญา เหล่าคมพุดผาจารย์, จิรภา วิลาวรรณ และช่อทิพย์ แดงพันธ์, 2564) ส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวได้น้อยกว่าผู้สูงอายุทั่วไป และส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิต

ผู้วิจัยจึงมีความคิดเห็นว่าควรดำเนินการในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง เผื่อระวังอาการซึมเศร้าไม่ให้เกิดขึ้นรุนแรง จัดการ ป้องกัน และดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษา เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลให้ผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขตามอัตภาพ และเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ป้องกันการฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตนเอง (อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งทางใจจะปรับตัวได้ดี รับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ยากลำบากได้ดี รวมถึงสามารถฟื้นกลับได้ในระยะเวลาสั้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุนั้นมีจิตใจที่สงบมั่นคง อดทนและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข (ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วาริ กังใจ,และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2559; มุกข์ดา ผดุงยามและอัญชลี ช. คูวอล, 2561)

4.2.2 จากการศึกษาปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมุติฐานข้อที่ 1 อาการซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวล ($r = -.467, p < .01$) อาการซึมเศร้า ($r = -.428, p < .01$) และอาการเครียด ($r = -.409, p < .01$) ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 4.3) แสดงให้เห็นว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานที่ 1

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มที่เปราะบาง มีความเสี่ยงทั้งทางด้านร่างกาย และเสี่ยงต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำได้บ่อย ก่อให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน สูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย การรู้คิดทางด้านจิตใจ ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ และส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพล ลือบุญธวัชชัย, 2553) ซึ่งผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าร่วมกับเครียด วิตกกังวล ทำให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรค ส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต ความทนต่อความเครียดหรือเหตุการณ์ยากลำบากลดลง มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง ควบคุมสถานการณ์ทุกข์ยากและอาการซึมเศร้าไม่ได้ ไม่สามารถปรับความคิดหรือเผชิญหน้ากับภาวะวิกฤตได้ ส่งผลทำให้เกิดความคิดเชิงลบตลอดเวลา ความสามารถในการรู้คิดลดลง ความมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ เปื่อหน่วยชีวิต มีความรู้สึกอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย ไม่อยากทำอะไร ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการฟื้นกลับในการเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ต่ำ (อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) ร่วมกับมีความเครียด ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ด้วยทำให้ผู้สูงอายุทนทุกข์ทรมานทางจิตใจ จากความกังวลเกี่ยวกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยกังวลว่าตนเองหรือคนในครอบครัวอาจติดเชื้อไวรัส ป่วย และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และกังวลเกี่ยวกับมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม และความรู้เข้าใจเกี่ยวกับอันตรายของโรคระบาดนี้ผลกระทบจากความกังวลเหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทางใจลดลง (Lee et al., 2020; Rodríguez-González et al., 2020)

ความเข้มแข็งทางใจ คือ พลังสุขภาพจิต ที่สำคัญเป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจ ในการปรับตัว จัดการกับสถานการณ์กดดันในชีวิตให้กลับสู่ภาวะปกติ หากพบเหตุการณ์วิกฤตหรือความยากลำบากในชีวิต การฟื้นฟูพลังสุขภาพจิตจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเองให้กลับคืนสู่ภาวะสมดุลได้ (มุกข์ดา ผดุงยาม, 2561) โดยความเข้มแข็งทางใจ

มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ($r = -.363, p < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.398, p < .05$) (มะลิสานามศรี, หงษ์บรรเทิงสุข, ดรุณีใจสว่าง, โชติกาสมสุวรรณ และอภิญาเหวบุตร, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของเพอร์นา (Perna et al., 2012) พบว่าความเข้มแข็งทางใจจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งท่ามกลางการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อาการซึมเศร้าที่รุนแรงมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ทางใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความเข้มแข็งทางใจต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของแฮม และคณะ (Hamm et al., 2020) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้น เนื่องจากถูกทิ้งห่างจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าหรือปัญหาทางด้านอารมณ์ เกิดผลกระทบทางลบ เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ และส่งผลกระทบต่อร่างกาย เช่น พยายามทำร้ายตนเอง ฆ่าตัวตาย ส่งผลให้ความเข้มแข็งทางใจลดลง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของซานินอตโต และคณะ (Zaninotto et al., 2022) ที่ศึกษาผู้สูงอายุชาวอังกฤษพบว่า มีภาวะซึมเศร้าในช่วงที่เริ่มมีการแพร่ระบาดของโควิด 19 ร้อยละ 22.6 และในระยะเวลาที่มีการแพร่ระบาดมากขึ้นร้อยละ 28.5 ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวพบความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบของโควิด 19 และปัญหาสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า) โดยผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบของโควิด 19 สูง จะมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงตามไปด้วย

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจท่ามกลางการระบาดของโควิด 19 พบว่า ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ ภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในช่วงโควิด 19 (Lee et al., 2020) ความเข้มแข็งทางใจเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการรับมือกับความเครียดในช่วง COVID-19 การระบาดใหญ่ ซึ่งพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ (Vannini et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของคิลกอร์ และคณะ (Killgore et al., 2020) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจในสถานการณ์ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 ด้วยเหตุนี้การเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในผู้สูงอายุนั้นจึงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญและผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความเข้มแข็งทางใจที่ดี จึงจะสามารถปรับตัวในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงและสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และให้ชีวิตดำเนินต่อไปได้อย่างปกติสุข

สมมุติฐานข้อที่ 2 การสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว ($r = .340, p < .01$) และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ($r = .399, p < .01$) มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของ

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 4.4) แสดงให้เห็นว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานที่ 2

ในการศึกษาปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับ การสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ โดยในการศึกษารั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และสามารถทำหน้าที่ทางสังคมของตนในทางบวก เช่น มองว่าตนเองมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อบุคคลรอบข้าง มองว่าสังคมที่ตนอยู่มีลักษณะการแบ่งปันลูกหลานใส่ใจดูแล มีเพื่อนบ้านเป็นเหมือนญาติกัน รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย นับเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ควรได้รับการส่งเสริมให้คงอยู่ต่อไปเนื่องจากครอบครัวเป็นส่วนสำคัญของระบบสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ การสนับสนุนจากครอบครัวช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีการป่วยโรคซึมเศร้ารู้สึกว่ามีคนรักและสนใจตนเองมากขึ้น โดยครอบครัวใช้วิธีการฟังและสนับสนุนในระหว่างการสนทนา การให้ความเข้าใจและความรู้สึกสัมพันธ์ดีกับคนที่ เป็นโรคซึมเศร้าสามารถช่วยให้พวกเขา รู้สึกไม่เหงาและรู้สึกมีค่ามากขึ้น ซึ่งสามารถลดความเหงาและความเครียดที่เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าได้ และที่สำคัญคือ ครอบครัวสามารถช่วยในกระบวนการจัดการกับอาการของโรคซึมเศร้า โดยการร่วมกัน กำหนดเป้าหมายและแผนการรักษา รวมถึงการสนับสนุนในการทำกิจกรรมที่ช่วยลดอาการ เช่น การออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมสร้างความสุข (เสาวนีย์ วรลลอ, พรทิพย์, มาลาธรรม และอภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ, 2555; Cohen & McKay, 2020; Fuller & Huseh-Zosel, 2020; Freeman, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของโรดริเกซ-กอนซาเลส (Rodríguez-González et al., 2020) ที่พบว่า ความเข้มแข็งทางใจที่มากขึ้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับขนาดของเครือข่ายสังคม และเป็นปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจในหมู่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะช่วงโควิด 19 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อีสริย์ ศิริวรรณกุลธร และคณะ (2564) พบว่า การเพิ่มแรงสนับสนุนจากครอบครัว และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในผู้สูงอายุ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ รวมถึงสอดคล้องกับศึกษาของ อรัญญา ต้อยคำภีร์ (2563) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับความรัก ความอบอุ่นจากบุคคลในครอบครัว การได้ช่วยเหลือครอบครัวด้วยการเลี้ยงดูอบรมบุตรหลาน การได้เห็นความสำเร็จในชีวิตของบุคคลในครอบครัว รวมถึงการได้อยู่อาศัยในสิ่งแวดล้อมที่มีเพื่อนบ้านเป็นมิตร ดูแลเกื้อกูลกัน หรือการมีสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลรอบข้างที่เป็นส่วนหนึ่งของการมีสุขภาวะทางสังคมที่ดี ดังนั้น การสนับสนุนจากครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสร้างความเข้มแข็งทางใจให้สามารถผ่านสถานการณ์วิกฤต หรือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 นี้ไปได้ (Lee et al., 2020; Li et al., 2021)

รวมถึงสถานการณ์ที่ผ่านมาเกิดโรคระบาด คือ โควิด 19 อันเป็นเหตุทำให้ผู้สูงอายุต้องเว้นระยะห่าง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เมื่อหากสามารถป้องกันโรคโควิด 19 ได้แล้ว จะทำให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตประจำวันได้ดีมากยิ่งขึ้นทำให้ความเครียด ความวิตกกังวลลดน้อยลง ซึ่งทำให้ความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้สูงอายุเพิ่มมากยิ่งขึ้นตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ยิลดิริม & อาร์สลาน (Yildirim & Arslan, 2020) ที่ได้ศึกษาสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น ความหวัง ลักษณะนิสัย พฤติกรรมป้องกัน ความผาสุก และจิตใจสุขภาพของผู้ใหญ่ในช่วงเริ่มต้นของ COVID-19 พบว่า ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ลิม และคณะ (Lim et al., 2021) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของบุคคลในพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 มีความสำคัญอย่างยิ่งในการเสริมสร้างและสนับสนุนความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ เช่น วิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจทำให้ผู้สูงอายุบางคนนำไปสู่การปรับตัว สามารถเผชิญปัญหาและเกิดความเข้มแข็งทางใจขึ้นได้ ผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งทางใจส่งผลต่อสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น มีอารมณ์แปรปรวนน้อยลง และอายุยืนยาว ส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุในการรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (MacLeod et al., 2016; Kimhi et al., 2020) โดยผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่พึงประสงค์และมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพความเป็นอยู่และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (นงศัณพัชร มณีอินทร์ และอิทธิพล ดวงจินดา, 2564) ส่งผลให้ผู้สูงอายุคงรักษาและสร้างความสุข สุขภาวะ และสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

สมมุติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยด้านอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 สามารถร่วมกันทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถนำมาใช้เป็นปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จากตัวแปรทั้ง 5 ตัวแปร มีเพียง 2 ตัว คือ อาการซึมเศร้า และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ที่สามารถเป็นปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ ซึ่งสามารถใช้ทำนายได้ร้อยละ 47.3 ($R^2 = .473$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรที่สามารถปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ดีที่สุด คือ พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 และอาการซึมเศร้า ($\beta = .46, -.35$) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.5) แสดงให้เห็นว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานที่ 3 บางปัจจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อากาศซึมเศร้า โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 47.3 ปัจจัยที่ทำนายได้ดีที่สุด ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ($\beta=.46, p<.001$) รองลงมา ได้แก่ อากาศซึมเศร้า ($\beta=-.35, p=.002$) ตามลำดับ อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เป็นการกระทำที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ เช่น การล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่และน้ำ หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ ภายหลังการสัมผัสสิ่งของต่างๆ การใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าไว้ตลอดเวลาเมื่อออกจากบ้าน การเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร หรือหลีกเลี่ยงใกล้ชิดกับผู้ที่ไอ จาม หรือเมื่อต้องพูดคุยกับคนอื่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ปรุงสุกด้วยความร้อน และใช้ช้อนกลางส่วนตัวในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้เป็นการปกป้องสุขภาพร่างกาย (Wise et al., 2020) จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี ($M = 92.81, SD = 15.35$) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการยอมรับและปรับตัวต่อสถานการณ์โรคระบาดได้เป็นอย่างดี มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ควบคุมตนเองให้จัดการหรือแก้ไขสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตได้ เป็นการสนับสนุนทางจิตใจของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัลวาเรซและปินโต (Álvarez & Pinto, 2023) พบว่า การได้รับวัคซีน ($\beta=.21, p<.001$) การรับรู้ภาวะสุขภาพจิต ($\beta=.25, p<.001$) และความปลอดภัยจากการใส่หน้ากากอนามัย ($\beta=.19, p<.001$) เป็นปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจได้ร้อยละ 7, 12, 19 ตามลำดับ

อากาศซึมเศร้า เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ อธิบายได้ว่า จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพศหญิง มีความเปราะบางมากยิ่งขึ้น มีอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น จากความสามารถในการดูแลตนเองลดลง อารมณ์หดหู่ เศร้า เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร ขาดสมาธิในการทำกิจวัตรประจำวัน นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การแยกจากสังคมขาดปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือขาดการช่วยเหลือด้านการเงิน (Gaggero et al., 2022) นำมาสู่การลดความสามารถในการคิด การทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง ขาดความเชื่อมั่นตนเอง บกพร่องในการจัดการหรือเผชิญกับปัญหา สถานการณ์ยากลำบากหรือขาดความเข้มแข็งทางใจนั่นเอง การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง เมื่อเผชิญสถานการณ์โรคโควิด 19 ความสามารถในการรับมือกับโรคซึมเศร้าหรือความทนต่ออาการซึมเศร้าลดลง จึงส่งผลกระทบต่อความเข้มแข็งทางใจต่ำ ($M = 26.47, SD = 7.54$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เปเรซ โรโฮ และคณะ (Perez-Rojo et al., 2022) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายมิติต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่เผชิญกับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า อากาศซึมเศร้าทำนายความเข้มแข็งทางใจได้ ($\beta= -.15, p<.01$) โดย

อาการซึมเศร้าระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ แวร์โดลินี และคณะ (Verdolini et al, 2021) ศึกษาความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในช่วงการระบาดของโรคโควิด พบว่า อาการซึมเศร้าเป็นปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจที่ดีที่สุด ($\beta = 0.11$, OR = 1.117, $p = 0.028$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เบิร์ก-การ์เซีย และคณะ (Burke-Garcia et al., 2021) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคโควิด พบว่าอาการซึมเศร้าทำนายความเข้มแข็งทางใจได้เป็น 5.99 เท่า ($p < .05$)



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในการสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ประกอบด้วยปัจจัยคัดสรร คือ อารมณ์ซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และการสนับสนุนจากครอบครัว

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค ICD 10 กลุ่มรหัสโรค คือ F32.0 – F33.9 ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลระดับตติยภูมิและระดับตติยภูมิ จำนวน 27 แห่ง ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มี คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีคะแนนอาการของโรคซึมเศร้า ระหว่าง 7-18 คะแนน ไม่มีภาวะสมองเสื่อม มีประวัติความเกี่ยวข้องกับเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 อย่างน้อย 1 ข้อ ประกอบด้วย มีประวัติไปในพื้นที่เสี่ยงโรคโควิด 19 การเป็นผู้แยกสังเกตอาการ/ผู้กักกันตัว การเป็นผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค การมีญาติเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค/ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 สามารถพูดคุยรู้เรื่อง ติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ และมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) โดยแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอทีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยกำหนดให้มีคะแนน 9 คะแนนขึ้นไป จำนวน 137 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling)

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (1) แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต (2) แบบประเมินสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai version 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2542) (3) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) ของ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (ฉัญญาสิริ ฉันทสวัสดิ์ และคณะ, 2561) และ (4) แบบประเมินประวัติความเกี่ยวข้องกับเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 และ 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบประเมินทั้งหมด 7 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย ของ รังสิมันต์ สุนทรไชยา และคณะ (2561) ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียด (ST-5) ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2558) ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้น (Geriatric Anxiety Scale Ten-Item Short Form: GAS-

10) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม และคณะ (2564) ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางครอบครัว พัฒนาตามแนวคิดของ เซฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) ของ เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ส่วนที่ 6 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ของ นงศันพัชร มณีอินทร์ และอิทธิพล ดวงจินดา (2564) และ ส่วนที่ 7 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (Connor–Davidson Resilience Scale, 10-Item CD-RISC) พัฒนาโดย Connor & Davidson (2003) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Black Translation) โดย นพพร ว่องสิริมาศ และคณะ (2560)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย (ภาคผนวก ก-2) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือในการวิจัย คำนี้ถึงวัตถุประสงค์ ความหมายที่ถูกต้อง และภาษาที่ใช้กันทั่วไปหรือใช้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน (ภาคผนวก ก-1) และแสดงเป็นตารางเพื่อให้ง่ายในการเปรียบเทียบผลการแปล ดังนี้ (1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย (3) แบบประเมินความเครียด (ST-5) (4) แบบประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้น (5) แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว (6) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ และ (7) แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (10-Item CD-RISC) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ทั้งฉบับเป็นไปตามเกณฑ์ในการนำไปใช้ ในการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 6 ส่วน คือ แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย แบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้น แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ และแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (10-Item CD-RISC) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่มารับการรักษาในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่ามากกว่า .70 ทุกฉบับ (.907, .787, .868, .906, .948, .902)

หลังได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ COA 150/2565 ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์พร้อมเอกสารโครงร่างวิทยานิพนธ์ เครื่องมือในการวิจัย และหนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลวารินชำราบ และโรงพยาบาลเชิงเนินโดยตรง เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บ

ข้อมูลจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นัดมารับบริการในคลินิก ในช่วงเวลาที่เข้าเก็บข้อมูล ระหว่างเดือน พฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2566

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ตรวจสอบการกระจายปกติของข้อมูลพบว่า ตัวแปรตามมีการกระจายตัวของข้อมูลเป็นแบบปกติและยอมรับตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pear's correlation) ในตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นช่วงมาตรา และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis)

จากการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) พบว่า ปัจจัยด้านอาการซึมเศร้าและปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 สามารถพยากรณ์ความความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ปัจจัยด้านความเครียด ความวิตกกังวล และการสนับสนุนจากครอบครัวไม่สามารถพยากรณ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้

5.2 ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

5.2.1 ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

5.2.1.1 นำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 รวมทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนาหรือออกแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการซึมเศร้า เพิ่มพฤติกรรมการป้องกันโรค และให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 หรือโรคอุบัติใหม่อื่นๆ ต่อไป

5.2.1.2 ควรมีการประเมิน และติดตามอาการซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังไม่ให้มีอาการซึมเศร้ารุนแรง และสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที

5.2.1.3 แนะนำช่องทางสำหรับการให้ความช่วยเหลือต่างๆ ในกรณีฉุกเฉิน

5.2.2 ข้อเสนอแนะด้านการศึกษา

5.2.2.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการป้องกัน และควบคุมป้องกันหรือดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล ประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างแนวทางในการส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และเพิ่มความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะการลดอาการซึมเศร้า และส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด เนื่องจากปัจจัยทั้ง 2 นี้เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถพยากรณ์การเกิดความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้

5.2.2.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการด้านสุขภาพจิตชุมชน ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่อยู่ท่ามกลางสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค โดยดึงบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัว และชุมชนมามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เนื่องจากบุคคลในครอบครัวเป็นตัวแปรที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ รวมทั้งสร้างความรู้สึกที่ดีทางจิตใจให้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ รวมทั้งเป็นภูมิคุ้มกันที่ดีทางจิตใจ ความรู้สึกปลอดภัย และการได้รับการยอมรับจากครอบครัว ชุม และสังคม

5.2.2.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการด้านสุขภาพจิตชุมชน ควรส่งเสริมการเพิ่มพูนทักษะในการเรียนรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ท่ามกลางสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ให้แก่พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสร้างความตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันปัญหาเรื่องความเครียด และความวิตกกังวลที่อาจส่งผลต่อปัญหาที่มีผลกระทบต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้

5.2.3 ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

5.2.3.1 ควรเพิ่มขอบเขตของการศึกษาให้ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุควรเพิ่มขอบเขตของการศึกษาให้ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ

5.2.3.2 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในผู้สูงอายุที่อยู่ในจังหวัดอื่นๆ หรือเขตอื่นๆ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบและนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาความเข้มแข็งทางใจให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น

รายการอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด*. [ออนไลน์]. 31 ธันวาคม 2565. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1766>.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานสถานการณ์ไวรัสโคโรนา 2019: ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินโควิด-19*. [ออนไลน์]. 1 มีนาคม 2566. สืบค้นจาก <http://www.moph.go.th>.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง*. [ออนไลน์]. 1 มีนาคม 2566. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/>.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *คู่มือการจัดกิจกรรมการสร้างพลังฮึด ฮึด ฮู้ ในชุมชน*. นนทบุรี: ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิต สำหรับบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปี พ.ศ. 2561*. [ออนไลน์]. 8 สิงหาคม 2563. สืบค้นจาก https://thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-25-12-18_mix.pdf.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี RQ พลังสุขภาพจิต พาคณิก้าวผ่านวิกฤตและความไม่แน่นอนของชีวิตได้อย่างสง่างาม (พิมพ์ครั้งที่ 4) สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจากผลกระทบการแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า*. [ออนไลน์]. 29 ธันวาคม 2564. สืบค้นจาก <http://dmh.go.th.11>.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แบบประเมินความเครียด (ST-5)*. [ออนไลน์]. 2 มกราคม 2565. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/test/Download/view.asp?id=18>.

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2564). *ก้าว่างของประเทศไทยสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ*. [ออนไลน์]. 1 มีนาคม 2566. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/news>.
- กรมสุขภาพจิต. (2565). *แนวปฏิบัติการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19*. [ออนไลน์]. 1 มิถุนายน 2566. สืบค้นจาก <http://mhtech.dmh.moph.go.th/fileupload/202203141114263113.pd>.
- กันต์ฤทัย ปานทอง และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารเกื้อการุณย์*, 25(2), 105–118.
- กัมปนาท โคตรพันธ์ และนิยม จันทร์นวล. (2565). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร*. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 16. [ออนไลน์]. 1 มีนาคม 2566. สืบค้นจาก https://www.ubu.ac.th/web/files_up/00008f2022090115080291.pdf.
- กัลยรัตน์ ศรีกล้า, วาริ กังใจ และสหัทยา รัตนจรณะ. (2562). ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(2), 163–73.
- กุลวดี กุลสุนทร, เกศรินทร์ วิงพัฒน์ และโชติ บดีรัฐ. (2564). แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 6(41), 289-301.
- ขวัญธิดา พิมพ์การ. (2561). *การพัฒนารูปแบบการให้การบริการรายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของสตรีที่มีการสูญเสียสามีในสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้*. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต), กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จริญญา แก้วสกุลทอง. (2562). ปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 1-11.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2553). *การพยาบาลอนามัยชุมชน: แนวคิด หลักการ และการปฏิบัติการพยาบาล*. สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- จิรกุล ครอบสอน และนุจรี ไชยมงคล. (2556). ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 1(2), 1-12.

- จุฬาลักษณ์ ใจแปง. (2565). การพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้สูงอายุ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 37(4), 20-35.
- ฉวีวรรณ แสงสว่าง, ลินจง โปธิบาล และทศพร คำผล. (2564). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน. *พยาบาลสาร*, 48(3), 237-248.
- ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วารีย์ กังใจ และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2559). ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(2), 97-106.
- ชัยวัชร อภิวาทรสิริ, กฤติยา โสมะเกษตริินทร์, กิตติศักดิ์ สุรประยูร, ไกรวุฒิ เลื่อมประเสริฐ, นุชวดี วันแก้ว, ภากรณ์ หอมจำปา, นฤมล สีนสุพรรณ และสุชาดา ภัยหลีกลี่. (2550). ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 22(4), 416-424.
- ชिरะวุฒิ อัจฉริยชีวิน และ ชัยรัตน์ ชูสกุล. (2565). สัมพันธ์กับการผ่อนคลายความเครียดในผู้สูงอายุ. *Journal of Modern Learning Development*, 7(3), 310-320.
- ณททัย วงศ์ปการันย์. (2551). จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(1), 39-46.
- ณัฐพร รอดเจริญ และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2562). ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิตคณะนิติศาสตร์ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. *Chulalongkorn Medical Bulletin*, 1(3), 262-276.
- ณัฐชนน มุ่งมี, เรืองรอง แวน เอส, กุลยา พิสิษฐ์สังฆการ และสมบุญ จารุเกษมทวี. (2563). *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ วิทยาลัยสงฆ์ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 15(2), 63-82.
- ณัฐิกา ราชบุตร, จิรัชญา เหล่าคัมพฤดาจารย์, จิรภา วิลาวรรณ และช่อทิพย์ แต่งพันธ์. (2564). การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, (18), 48-60.
- ดลฤดี ทับทิม, อังศินนธ์ อินทรกำแหง และอรพินทร์ ชูชม. (2564). ความเข้มแข็งทางใจของญาติผู้ดูแล: สิ่งสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(1), 1-16.
- ดรรารวรรณ ต๊ะปินตา. (2556). *ภาวะซึมเศร้าการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์จังหวัดเชียงใหม่.
- ตฤติลา จำปาวัลย์. (2561). ความวิตกกังวลตามสถานการณ์. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 3(1), 13-20.
- ทรงศักดิ์ ภู่อ่อน. (2551). *การประยุกต์ใช้ SPSS วิเคราะห์ข้อมูลทางการวิจัย*. มหาสารคาม : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, อุมาพร อุดมทรัพย์ากุล. (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 56(2)*, 103-116
- ธรรมานาถ เจริญบุญ, วินิตรา นวลละออง และกันต์กมล จัยสิน. (2562). *ตำราจิตเวชศาสตร์ ธรรมศาสตร์*. ปทุมธานี: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธัญญาสิริ ธัญสวัสดิ์, สุนันทา ทรัพย์านนท์, ชุติรี ทองกลม, วิภาพรรณ คงชนะ, ปาณบงกช มูลสิน, ปราณี บุญถูก และหทัยรัตน์ จึงสุวดี. (2561). การศึกษาผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. *วารสารพยาบาลทหารบก, 19(1)*, 201-209.
- ธีรนาถ บุญญาธิการ. (2561). *ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นงศ์นุช แนะแก้ว. (2560). ความเครียด ความวิตกกังวล และการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤติ โรคหัวใจ. *เวชบัณฑิตศิริราช, 10(2)*, 103-108.
- นงศ์ณพัทธ์ มณีอินทร์ และอิทธิพล ดวงจินดา. (2564). การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3(2)*, 1-18.
- นพพร ว่องสิริมาศ, วารินทร์ ถาน้อย, ปิยาณี คล้ายนิล-โยบาส. (2560). การทดสอบคุณภาพเครื่องมือแบบวัดความความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) ในกลุ่มนักศึกษาไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 35(3)*, 25-35.
- นภา พวงรอด. (2558). การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัด นนทบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาส ราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 2(1)*, 63-74.
- นันทนา สุภาพคำ และวิทยา ทองดี. (2565). การบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติ. *วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์, 7(3)*, 217-231.
- นันทวดี อุ่นละมัย, กฤษณ์ เต็มทิพย์ทวีกุล และกฤษดา เขียววัฒนสุข. (2561). การจัดการความเครียดในการท างานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดของบุคลากร. *Journal of Management Science Nakhon Pathom Rajabhat University, 5(1)*, 104-117.
- นันทวิช สิริวัชร, กมลเนตร วรณเสวก, กมลพร วรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช และพนม เกตุมาน, 2558. *จิตเวช ศิริราช DSM-5*. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นการพิมพ์.

- นิจวรรณ เกิดเจริญ, วรณา กลกิจโกวินท์ และจอมเทียร ธารว. (2564). พลังสุขภาพจิตผลกระทบต่อจิตใจและปัจจัยจากโรคโควิด 19 ที่มีผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทย์ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19. *วารสารเวชการและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 65(Supplement November), S101-116.
- นิจวรรณ เกิดเจริญ, วรณากลกิจโกวินท์ และ จอมเทียร ธารว. (2564). พลังสุขภาพจิตผลกระทบต่อจิตใจและปัจจัยจากโรคโควิด 19 ที่มีผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทย์ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19. *วารสารเวชการและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 65(Supplement November), S101-116.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบเครื่องมือ:คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุศรา สุขสวัสดิ์. (2559). *ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ปทุมมา ลีมีศรีงาม, ศรีณัยธร ศศิธนากรแก้ว และวราพรพรรณ อภิศุภะโชค. (2564). การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ผ่านสื่อสังคมออนไลน์กับทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรค ในกรุงเทพมหานคร. *วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์*, 8(9), 19-33.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2556). *แนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ และการนำมาใช้*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ประภาศรี ปัญญาวิรัชชัย และภวมีย์ กาญจนจิรากร, (2565). การศึกษาความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient) ของประชาชนไทยในสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 , *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(1), 318-333.
- ประสพสุข ศรีแสนปาง. (2561). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : ความลุ่มลึกในการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 41(1), 129-140.
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ปาริฉัตร กิตติมาสกุล. (2563). ผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปิตีคุณ เสตะปุระ, ณิชฐกุล ไชยสงคราม. (2565). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564, *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(3), 1070-1084.
- ปิยะนันท์ เรือนคำ, สุนธา คงศีล, สุขุม เจียมตน, ยวนุช สัตยสมบุรณ์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคโควิด 19 ของประชากรผู้ใหญ่: กรณีศึกษาเขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(ฉบับเพิ่มเติม 2), S247-S259.
- ปุกกา กิตติกุลธนนท์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภณ แสงอ่อน. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแรงในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(2), 137-155.
- พิชัย อภิรัฐสกุล, และ ศิริไชย หงษ์สงวนศรี. (2558). โรคซึมเศร้า. ใน มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์สุคนิข (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์ งามาธิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล.
- พงษ์ศิริ พรารณานัติ. (2563). *ผู้สูงอายุควรปรับตัวอย่างไรใน COVID-19*. [ออนไลน์]. 18 สิงหาคม 2566. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/51787-19%20.html>.
- พรรณวดี ชัยกิจ และสุนนทิพย์ จิตสว่าง. (2564). การแพร่กระจายของข่าวปลอมเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโควิด-19 และมาตรการป้องกันของไทย. *วารสารรัชต์ภาค*, 15(40), 15-32.
- พระครูสังฆรักษ์ ทวี อภโย, กฤติยาพร คำไข, เจนนภา หาญโงน และภาวิณี วงษ์กันหา. (2565). โควิด-19 กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *วารสารมหาจุฬานาครทรรค์*, 9(9), 1-14.
- พวงผกา กรีทอง. (2550) *โมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย*. (ดุขนิพนธ์ปริญญาเอก). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ. (2555). *โปรแกรมการสร้างความแข็งแรงในชีวิต (A resilience enhancing program)*. กรุงเทพมหานคร: จุฑทอง.
- พิไลพร สุขเจริญ, จิตาภา พลรักษ์ และสุรีพร ชุมแดง.(2566). ประสบการณ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่ผ่านการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 50(2), 98-111.

- เพ็ญประภา ปริญาพล. (2550). ความยืดหยุ่นและทนทานของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. *วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 13(2), 137-153.
- เพ็ญศรี หงส์พานิช. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 ของประชาชน จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการสถาบันวิทยการจัดการแห่งแปซิฟิก สาขามนุษย์ศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 7(3), 174-85.
- ไพจิตร พุทธรอด และกนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. (2564). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารชุมชนวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*, 15(1), 70-82.
- ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. (2542). *จิตเวชศาสตร์ สำหรับประชาชน*. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์นันทพันธ์
- ไพศาล แยมวงษ์. (2555). *การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มนิรัตน์ เอี่ยมอนันต์. (2562). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. *วารสารพยาบาล*, 68(1), 58-65.
- มณีวรรณ สุวรรณมณี. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท) สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มะลิ โพธิพิมพ์, สุชาติ บุญยภากร, จีรภา บุญยภากร, วลัยชัชชา เขตบำรุง, จุน หน่อแก้ว, วรรัตน์ สังวะลี, และคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล*, 34(1): 22-33.
- มะลิ โพธิพิมพ์, สุชาติ บุญยภากร, จีรภา บุญยภากร, วลัยชัชชา เขตบำรุง, จุน หน่อแก้ว, วรรัตน์ สังวะลี, และคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล*, 34(1), 22-33.
- มะลิสานามศรี, หงษ์ บรรเทิงสุข, ตรุณี ใจสว่าง, โชติกา สมสุวรรณ และ อภิญญา เยาวบุตร. (2564). ความชุกของความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). *วารสารศรีวันาลัยวิจัย*, 11(2), 63-76.
- มัทนา วัณณอมศักดิ์. (2558). ความเครียดกับผู้บริหาร. *วารสารการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 6(1), 293-305.
- มานิช หล่อตระกูล. (2555). *จิตเวชศาสตร์รวมฉบับดี*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล.

- มุกข์ดา ผดุงยาม และอัญชลี ช. คูวอล. (2561). กลยุทธ์การฟื้นฟูพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 66-73.
- มูจรีนทร์ พุทเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(2), 69-82.
- มูจรีนทร์ พุทเมตตา. (2559). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สุขภาพกาย-จิตใจอย่าแยก วิกฤตที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญในยุคโควิด 19*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- เยาวนาถ คำแก้ว. (2561). *ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รวีวรรณ คงใต้, พิมพ์วิณี วัฒนาทรงยศ และอภิญา อิงอาจ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความยุติธรรมในองค์กรและความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานบริษัทผลิตชิ้นส่วนรถยนต์จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี*, 11(3), 184-191.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา , ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, วาสนี วิเศษฤทธิ์, สุพัตรา สุขขาว และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2561). การพัฒนาและทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(2), 100-112.
- รุจิรงค์ แอกทอง. (2549). *การปรับตัวของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครนครปฐม จังหวัดนครปฐม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- โรงพยาบาลพญาไท. (2562). โรคซึมเศร้า โรคฮิตหรือแค่คิดไปเอง. [ออนไลน์]. 1 มกราคม 2566. สืบค้นจาก https://www.phyathai.com/article_detail/2876/th/โรคซึมเศร้า_โรคฮิตหรือแค่คิดไปเอง.
- โรงพยาบาลมนารมย์. (2565). *แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด (Strain)*. [ออนไลน์]. 1 มีนาคม 2566. สืบค้นจาก https://www.manarom.com/test/strain_thai.html.
- ลิขิต กาญจนารณ.(2547). *สุขภาพจิต*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

- วรรณคล เชื้อมงคล, ณฤดี บุญนะฤธี และทิพกาญจน์ โมนีย์ชาติ. (2564). ผลของการติดสมาร์ทโฟนต่อสุขภาพและผลการเรียนของนักเรียนระดับ มัธยมศึกษาในโรงเรียนแห่งหนึ่งใน อ.องครักษ์ จ. นครนายก. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 36(4), 474-481.
- วรรณมน จันทระเบญจกุล. (2563). *การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. 8 สิงหาคม 2563. [ออนไลน์]. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/handout002.pdf.
- วิจิตรา นุชอยู่, คณินิจ พงศ์ถาวรภมร, อรวรรณ ศรียุกต์ศุทธ และจิราพร เสตกรณกุล. (2559). อิทธิพลของความเครียด สถานภาพทางการเงิน การรับรู้ความรุนแรงของอาการ และการรับรู้อุปสรรค ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งอุ้งเชิงกรานขณะได้รับรังสีรักษา. *วารสารพยาบาล ศาสตร์*, 34(1), 53-65.
- วิราภรณ์ โพธิศิริ, ธนานนท์ บัวทอง และบุศริน บางแก้ว. (2563). *ผลกระทบของ COVID-19 ต่อผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิลาสินี หลิวน้อย,ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์, กาญจนา พิบูลย์, ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์. (2566). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(2), 394-407.
- วิหมา ธรรมเจริญ, นิตศันย์ เจริญงาม, ญาดาทา โชติดีติก และนิตยา ทองหนูน้อย (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี*, 15(3), 52-62.
- คันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2528). *การศึกษาสุขภาพจิต ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภรา เชาว์ปรีชา. (2551). Resilience ในเด็กที่ถูกทารุณกรรม. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(3), 309-322.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *ข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า*. 28 ตุลาคม 2564. สืบค้นจาก <https://tinyurl.com/y5hrdvxr>.
- ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต (2564). *รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปีงบประมาณ 2564*. [ออนไลน์]. 28 ตุลาคม 2564. สืบค้นจาก https://thaidepression.com/www/report/main_report/.
- สมฤทัย เจริญไชย, จินห์จุฑา ชัยเสนา ตาลาส และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2562). ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นในชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารการพยาบาล*, 21(2), 51-66.

- สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, กิ่งแก้ว สิทธิ, อัญชลี อ้วนแก้ว, สุภาพพัทธ์ หาญกล้า และภัสพร โมฆะรัตน์. (2565). ความชุกและความสอดคล้องของความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 45(3), 37-47.
- สุคนธ์จิต อุปนันชัย. (2556). อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าแห่งตน และการรับรู้ความสามารถของตนที่มีต่อความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของนักเรียนในจังหวัดนนทบุรี. (ปริญา นิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุจิตรา สุขทวี. (2561). ผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุธิดา พงษ์พันธ์งาม, Lach, H. W., แสงเดือน พรหมแก้วงาม และสุทธิลักษณ์ จันทะวัง. (2562). การประเมินภาวะกลัวการทกล้มในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยใช้เครื่องมือวัดใหม่. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 11(2), 229-244.
- สุธิดา พงษ์พันธ์งาม, แสงเดือน พรหมแก้วงาม, สุทธิลักษณ์ จันทะวัง, อัมภิกา นาไว้อย์ และวราภรณ์ ยศทวี. (2564). คุณสมบัติในการวัดทางจิตของแบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาไทย. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(3), 61-71.
- สุปราณี แดงวงษ์, ศากุล ช่างไม้ และศิริเมศร์ โภโค. (2565). พฤติกรรมการปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่หลังการระบาดของโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาล*, 71(2), 57-63.
- สุพานี สฤกษ์วานิช. (2552). พฤติกรรมองค์การสมัยใหม่ : แนวคิดและทฤษฎี. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุภาภรณ์ วงธิ. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง, ศุภวรรณ ใจบุญ, ดวงรัตน์ กวีนนท์ชัย และวรรณภา พิพัฒน์ธนาวงศ์. (2565). แนวทางการดูแลสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์วิกฤติโรคโควิด-19: กรณีศึกษา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 42(3), 124-134.
- สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, สรยุทธ วาสิกานานนท์, บรรณานิการ. (2558). *ตำราโรคซึมเศร้า*. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- สุวัฒน์ มหัตถินรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. *วารสารสวนปรุง*, 13(3), 1-20.

- เสาวนีย์ วรรณลออ, พรทิพย์ มาลาธรรม และอภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2555). แรงสนับสนุนจากครอบครัวตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 18(3), 372-388.
- โสฬวรรณ อินทสิทธิ์ และสิริกุล จุลศิริ. (2563). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต RQ: Resilience Quotient*. กรุงเทพฯ : ปิยอนด์พับลิชชิง.
- อโนทัย ตริวานิช. (2552). *สถิติธุรกิจ*. ขอนแก่น: สำนักพิมพ์ ขอนแก่นการพิมพ์.
- อภิสนันท์ พงษ์พนัส และพรพรรณ ประจักษ์เนตร. (2563). การวิเคราะห์เนื้อหาสารและกลยุทธ์การสื่อสาร บนสังคมออนไลน์เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(3), 235-259.
- อมร ลีลารัมย์. (2563). *เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 จากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2*. [ออนไลน์]. 28 สิงหาคม 2563. สืบค้นจาก <https://tmc.or.th/covid19/download/pdf/tmc/covid19-19.pdf>.
- อรพิน คำโต. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพล ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรวรรณ ศิลปะกิจ. (2551). แบบวัดความเครียดศรีธัญญา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 16(3), 177-185.
- อรัญญา ด้อยคำภีร์, พรรณระพี สุทธิวรรณ, เรวดี วัฒนโกศล, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต, นิปัทม์ พิษณุโยธิน, สักกพัฒน์ งามเอก, พนิดา เสือวรรณศรี, และหยกฟ้า อิศรานนท์. (2563). *โครงการการสูงวัยอย่างมีความสุขและสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองนำอยู่เพื่อผู้สูงอายุ: การศึกษาแนวพัฒนาการชีวิต (มิติการสนับสนุนของชุมชนและการบริการด้านสุขภาพ) ภายใต้โครงการบูรณาการสหศาสตร์เพื่อรองรับสังคมสูงวัย (จุฬาอารี) ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2562-2563*. เอกสารอัดสำเนา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(2), 127-142.

- อรุณี มิ่งประเสริฐ. (2556). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต. *วารสารจันทร์เกษมสาร*, 19(37), 67- 74.
- อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, เทพไทย โชติชัย, สมฤทัย ผดุงผล, กิรณา แต่อาร์ักษ์ และชลการ ทรงศรี. (2563). ความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของนักศึกษาสาธารณสุข. *วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์*, 7(2), 193-203.
- อานนท์ กองสุวรรณ. (2564). *โปรแกรมส่งเสริมความตระหนักรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 โดยใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ปัญหาทางสังคมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อิสริย์ ศิริวรรณกุลธร, วิชุดา จิรพรเจริญ, กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์, ชัยสิริ อังกระวารานนท์, อศวิน โรจนสุมาพงศ์, ชลอวัฒน์ อินปา, และนพคุณ นันทศุภวัฒน์. (2564). ความสุขของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุคลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 29(1), 1-11.
- เอื้อพร ดิคคินสัน และกนกวรรณ มะโนรมย์. (2558). ความเครียดในการปฏิบัติหน้าที่และแนวทางการแก้ไขปัญหาของกำลังพลหน่วยเฉพาะกิจที่ 1 กองกำลังสุรนารี. *วารสารศิลปศาสตร์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 11(1), 117-140.
- Abhay, B. K., & Sachin, R. A. (2020). Negative impact of social media panic during the COVID-19 outbreak in India. *Journal of Travel Medicine*, 27(3), 1-2.
- Acharya, S. (2003). Factors affecting stress among Indian dental students. *Journal of dental education*, 67(10), 1140-1148.
- Adhikari, S. P., Meng, S., Wu, Y. J., Mao, Y. P., Ye, R. X., Wang, Q. Z., Sun, C., Sylvia, S., Rozelle, S., Raat, H., & Zhou, H. (2020). Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infectious Diseases of Poverty*, 9(1), 29.
- Akter, J. (2014). Bootstrapped Durbin–Watson test of autocorrelation for small samples. *ABC Journal of Advanced Research*, 3(2), 137-142.
- Aldwin, C. M., Sutton, K. J., Chiara, G., & Spiro, A. (1996). Age differences in stress, coping, and appraisal: Findings from the Normative Aging Study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 51(4), 179-188.

- Álvarez, M. A., & Pinto, N. S. (2023). Experiential COVID-19 factors predicting resilience among Spanish adults. *BMC Psychology*, 11(1). Doi.org/10.1186/s40359-023-01131-4.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health*, 5(5), e256. Doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X
- Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2022). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*. 19 (2), 93-107.
- Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety research*, 1(2), 77-98.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Barnett, A., Zhang, C. J., Johnston, J. M., & Cerin, E. (2018). Relationships between the neighborhood environment and depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International psychogeriatrics*, 30(8), 1153-1176.
- Baron, T; & Greenberg, E. (1990). *Health Psychology Stress, Behavior; & Disease*. London: The Falmer Press.
- Bartels, R., & Goodhew, J. (1981). The robustness of the Durbin-Watson test. *The Review of Economics and Statistics*, 136-139.
- Bartol, C. R., & Bartol, A. M. . (2008). *Introduction to forensic psychology: Research and application* (2nd ed): Sage Publications.
- Bartz, A. E. (1999). *Basic Statistical Concepts* (4th ed). New Jersey: Prentice - Hall.
- Barzilay, R., Moore, T. M., Greenberg, D. M., DiDomenico, G. E., Brown, L. A., White, L. K., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2020). Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Translational Psychiatry*, 10(1).
- Beard, C., Rodriguez, B. F., Moitra, E., Sibrava, N. J., Bjornsson, A., Weisberg, R. B., & Keller, M. B. (2011). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) in a longitudinal study of African Americans with anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 25(5), 722-726.

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford press.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 409-19
- Beckett, C., Eriksson, L., Johansson, E., & Wikström, C. (2018). Multivariate data analysis (MVDA). *Pharmaceutical quality by design: A practical approach*, 201-225.
- Best, J. W. (1981). *Research in education*. New jersey: Prentice-Hall.
- Bitan, D. T., Grossman-Giron, A., Bloch, Y., Mayer, Y., Shiffman, N., & Mendlovic, S. (2020). Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. *Psychiatry Research*, 289, 113100.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Neer, S. M. (1997). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545-553.
- Bland, J. M., & Altman, D. G. (1996). Statistics notes: Transforming data. *Bmj*, 312(7033), 770.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *The Journals of Gerontology: Series A*, 58(3), M249-M265.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920.
- Bruminhent, J., Ruangsubvilai, N., Nabhindhakara, J., Ingsathit, A., & Kiertiburanakul, S. (2020). Clinical characteristics and risk factors for coronavirus disease 2019 (COVID-19) among patients under investigation in Thailand. *PLoS One*, 15(9), e0239250.
- Burke-Garcia, A., Johnson-Turbes, A., Mitchell, E. W., Vallery Verlenden, J. M., Puddy, R., Mercado, M. C., Nelson, P., Rabinowitz, L., Xia, K., Wagstaff, L., Feng, M., Caicedo, L., & Tolbert, E. (2021). How right now? Supporting mental health and resilience amid COVID-19. *Traumatology*, 27(4), 399–412.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2010). *Understanding nursing research-eBook: Building an evidence-based practice*. Elsevier Health Sciences.

- Callow, D. D., Arnold-Nedimala, N. A., Jordan, L. S., Pena, G. S., Won, J., Woodard, J. L., & Smith, J. C. (2020). The mental health benefits of physical activity in older adults survive the COVID-19 pandemic. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of The American Association for Geriatric Psychiatry*, *28*(10), 1046–1057.
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, *20*(6), 1019–1028.
- Casey, D. A. (2017). Depression in older adults: a treatable medical condition. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, *44*(3), 499-510.
- Chhetri, Jagadish K.; Chan, P.; Arai, H.; Park, S. Chul; Sriyani Gunaratne, P.; Setiati, S.; Assantachai, P. (2020). Prevention of COVID-19 in older adults: A brief guidance from the international association for gerontology and geriatrics (IAGG) asia/oceania region. *The journal of nutrition, health & aging*, *24*(5), 471–472.
- Cohen, G. L., & Sherman, D. K. (2014). The psychology of change: Self-affirmation and social psychological intervention. *Annual review of psychology*, *65*, 333-371.
- Cohen, S., & McKay, G. (2020). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In *Handbook of psychology and health (Volume IV)* (pp. 253-267). London: Routledge.
- Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (1995). Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. *Measuring stress: A guide for health and social scientists*, *28*, 3-26.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The connor-davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, *18*(2), 76–82.
- Cope, K. L., Crabtree, C., & Lupu, Y. (2018). Beyond physical integrity. *Law & Contemp. Probs.*, *81*, 185.
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. In *Health and Social Care in the Community*, *25*(3), 799–812. Blackwell Publishing Ltd. Doi.org/10.1111/hsc.12311.

- Cox, T., Griffiths, A., & Rial-Gonzalez, E. (2000). Work-related stress. *Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg*. [Online]. 11 March 2023. Retrieved from: <http://www.eurofound.europa.eu>.
- Cramer, P. (2001). The unconscious status of defense mechanisms. *American Psychologist*, 56(9), 762–763. Doi.org/10.1037/0003-066X.56.9.762
- Crocker, L., Clare, L., & Evans, K. (2006). Giving up or finding a solution? The experience of attempted suicide in later life. *Aging and Mental Health*, 10(6), 638–647.
- D'Alonzo, K. T. (2004). The Johnson-Neyman procedure as an alternative to ANCOVA. *Western journal of nursing research*, 26(7), 804-812.
- Daoud, J. I. (2017). Multicollinearity and regression analysis. *Journal of Physics: Conference Series*, 949(1), 012009.
- Daud, N. S. M., Daud, N. M., & Kassim, N. L. A. (2016). Second language writing anxiety: Cause or effect?. *Malaysian journal of ELT research*, 1(1), 19.
- De Nutte, L., Okello, J., & Derluyn, I. (2017). Social relationships and social support among post-war youth in Northern Uganda. *International journal of psychology*, 52(4), 291-299.
- Department of Disease Control. (2020). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) WHO Thailand Situation Report -21 February 2020*. [Online]. 7 April 2023. Retrieved from <https://ncmc.moph.go.th/home/index.php/index/detail/29762>.
- Diallo, A., Carlos-Bolumbu, M., Traoré, M., Diallo, M. H., & Jedrecy, C. (2021). An updated systematic review and network meta-analysis of 25 randomized trials assessing the efficacy and safety of treatments in COVID-19 disease. *Journal of Public Health Research*, 10(1), jphr-2021

- Dziubek, W., Kowalska, J., Kuztal, M., Rogowski, Ł., Gołębiowski, T., Nikifur, M., & Woźniewski, M. (2016). The level of anxiety and depression in dialysis patients undertaking regular physical exercise training—a preliminary study. *Kidney and Blood Pressure Research, 41*(1), 86-98.
- Ekbäck, M., Benzein, E., Lindberg, M., & Årestedt, K. (2013). The Swedish version of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS)—a psychometric evaluation study in women with hirsutism and nursing students. *Health and quality of life outcomes, 11*, 1-9.
- Erkinovna, N. D. (2021). Anxiety-as an emotional state. *ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal, 11*(10), 2242-2245.
- Fakoya, O. A., McCorry, N. K., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: A scoping review of reviews. *BMC Public Health, 20*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>
- Feder, A., Fred-Torres, S., Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2019). The biology of human resilience: opportunities for enhancing resilience across the life span. *Biological Psychiatry, 86*(6), 443–453.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist, 18*(1), 12–23.
- Flint, A., Bingham, K., & Iaboni, A. (2020). Effect of COVID-19 on the mental health care of older people in Canada. *International Psychogeriatrics, 32*(10), 1113-1116.
- Freeman, P. (2021). Social support. In *Stress, well-being, and performance in sport*. London: Routledge.
- Fujita, K., Inoue, A., Kuzuya, M., Uno, C., Huang, C. H., Umegaki, H., et al. (2021). Mental health status of the older adults in Japan during the COVID-19 pandemic. *J Am Med Dir Assoc, 22*(1), 220–21.
- Fuller, H. R., & Huseth-Zosel, A. (2021). Lessons in Resilience: Initial Coping Among Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *The Gerontologist, 61*(1), 114–125. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa170>

- Gaggero, A., Fernández-Pérez, Á., & Jiménez-Rubio, D. (2022). Effect of the COVID-19 pandemic on depression in older adults: A panel data analysis. *Health Policy, 126*(9), 865–871.
- Gershon, R. R., Barocas, B., Canton, A. N., Li, X., & Vlahov, D. (2009). Mental, physical, and behavioral outcomes associated with perceived work stress in police officers. *Criminal justice and behavior, 36*(3), 275-289.
- Goldin, P. R., Morrison, A., Jazaieri, H., Brozovich, F., Heimberg, R., & Gross, J. J. (2016). Group CBT versus MBSR for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 84*(5), 427.
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *Journal Geriatric Psychiatry, 27*, 262-270.
- Graham, L. E., & Conley, E. M. (1971). Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients. *Nursing Research, 20*(2), 113-122.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit* (Vol. 8). The Hague, Netherlands: Bernard van leer foundation.
- Grotberg, E. H. (1999). Countering depression with the five building blocks of resilience. *Reaching Today's Youth, 4*(1), 66-72.
- Grotberg, E. H. (1999). *Tapping your inner strength*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Grotberg, E. H. (2003). *Resilience for today: Gaining strength from adversity*. Santa Barbara, California: Greenwood Publishing Group.
- Grotberg, E. H. (2005). *Resilience for tomorrow*. [Online]. 2 February 2023. Retrieved from http://www.resilnet.uiuc.edu/library/grotberg2005_resilience-for-tomorrow-brazil.pdf.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier Health Sciences.
- Hamza, C. A., Ewing, L., Heath, N. L., & Goldstein, A. L. (2021). When social isolation is nothing new: A longitudinal study psychological distress during COVID-19 among university students with and without preexisting mental health concerns. *Canadian Psychology, 62*(1), 20.

- Hanin, Y. L., & Spielberger, C. D. (1983). The development and validation of the Russian Form of the State-Trait Anxiety Inventory. *Series in Clinical & Community Psychology: Stress & Anxiety*, 2, 15–26.
- Hanucharunkul, S. (1988). *Social Support, self-care, and quality of life cancer patients receiving radiation in Thailand* (Doctoral thesis of nursing science). Wayne State University
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics society*, 52(2), 257-262.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*: Guilford Press.
- Heisel, M. J. (2006). Suicide and its prevention among older adults. *Canada Journal of Psychiatry*, 3, 143-151.
- Hiew, CC. et al. (2000). Measurement of resilience development preliminary results with a state-trait resilience inventory. *Journal of Learning and curriculum Development*, 1(1), 111-117.
- Hilliard, J., Kear, K., Donelan, H., & Heaney, C. (2020). Students' experiences of anxiety in an assessed, online, collaborative project. *Computers & Education*, 143, 103675.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218.
- Huang, K. Y., Chengalur-Smith, I., & Pinsonneault, A. (2019). Sharing is caring: Social support provision and companionship activities in healthcare virtual support communities. *MIS quarterly*, 43(2), 395-424.
- Hui, M., Yang, x., Jiali, D., Yang, Z., Baogeng, L & Haibo, Y. (2020). Analyze the psychological impact of COVID-19 among the elderly population in china and make corresponding suggestions. *Psychiatry Research*, 289(2020), 112983.
- Hung, A. T. W. (2022). Family caring for the elderly during the pandemic in Hong Kong: perspective from Confucian familism. *Public Administration and Policy*, 25(1), 13–24.

- Husky, M. M., Kovess-Masfety, V., & Swendsen, J. D. (2020). Stress and anxiety among university students in France during Covid-19 mandatory confinement. *Comprehensive psychiatry*, *102*, 152191.
- Intawong, K., Olson, D., & Chariyalertsak, S. (2021). Application technology to fight the COVID-19 pandemic: Lessons learned in Thailand. *Biochemical and biophysical research communications*, *534*, 830-836.
- Jarque, C. M., & Bera, A. K. (1980). Efficient tests for normality, homoscedasticity and serial independence of regression residuals. *Economics letters*, *6*(3), 255-259.
- Johari, J., & Yahya, K. K. (2019). Organizational structure, work involvement, and job performance of public servants. *International Journal of Public Administration*, *42*(8), 654-663.
- Jokelainen, J., Timonen, M., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Härkönen, P., Jurvelin, H., & Suija, K. (2019). Validation of the Zung self-rating depression scale (SDS) in older adults. *Scandinavian journal of primary health care*, *37*(3), 353-357.
- Jolly, P. M., Kong, D. T., & Kim, K. Y. (2021). Social support at work: An integrative review. *Journal of Organizational Behavior*, *42*(2), 229-251.
- Jordan, R. E., Adab, P., & Cheng, K. (2020). Covid-19: risk factors for severe disease and death. *BMJ*, *368*, m1198.
- Ju, C., Zhang, B., You, X., Alterman, V., & Li, Y. (2018). Religiousness, social support and subjective well-being: An exploratory study among adolescents in an Asian atheist country. *International journal of psychology*, *53*(2), 97-106.
- Julian, L. J. (2011). Measures of anxiety. *Arthritis care & research*, *63*(0 11), online. Doi: 10.1002/acr.20561
- Kane, R. L., Ouslander, J. G., Abrass, I. B., & Resnick, B. (2015). *Essentials of clinical geriatrics* (7th ed.). McGraw-Hill.
- Kar, N. (2020). Managing mental health issues among elderly during COVID-19 pandemic. *Journal of Geriatric Care and Research (JGCR)*, *7*(1), 32-35.
- Karaşar, B., & Canlı, D. (2020). Psychological resilience and depression during the COVID-19 pandemic in Turkey. *Psychiatria Danubina*, *32*(2), 273-279.

- Kaye-Kauderer, H., Feingold, J. H., Feder, A., Southwick, S., & Charney, D. (2021). Resilience in the age of COVID-19. *BJ Psych Advances*, 27(3), 166–178.
- Kemp, H. I., Corner, E., & Colvin, L. A. (2020). Chronic pain after COVID-19: implications for rehabilitation. *British journal of anaesthesia*, 125(4), 436-440.
- Killgore, W. D. S., Cloonan, S. A., Taylor, E. C., & Dailey, N. S. (2020). Loneliness: A signature mental health concern in the era of COVID-19. *Psychiatry Research*, 290, 113117.
- Kim, J. (2020). Clinical Feature of Coronavirus Disease 2019 in Elderly. *Korean J. Clin. Geri.*, 21, 1–8. [Online]. 12 March 2021. Retrieved from <http://scholar.dkyobobook.co.kr.libproxy.syu.ac.kr:8080/searchDetail.laf?barcode=4010027792736>.
- Kimhi, S., Eshel, Y., Marciano, H., & Adini, B. (2020). Distress and resilience in the days of COVID-19: Comparing two ethnicities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 1–11.
- Klyver, K., Honig, B., & Steffens, P. (2018). Social support timing and persistence in nascent entrepreneurship: exploring when instrumental and emotional support is most effective. *Small Business Economics*, 51, 709-734.
- Lachman, M. E., Teshale, S., & Agrigoroaei, S. (2015). Midlife as a pivotal period in the life course: Balancing growth and decline at the crossroads of youth and old age. *International journal of behavioral development*, 39(1), 20-31.
- Lader, M & Marks, I. (1971). *Clinical Anxiety*. New York: Grune and Stratton.
- Laird, K. T., Krause, B., Funes, C., & Lavretsky, H. (2019). Psychobiological factors of resilience and depression in late life. *Translational Psychiatry*, 9(1), 88.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R., S. & Folkman, S. (2000). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lee, K., Jeong, G. C., & Yim, J. (2020). Consideration of the psychological and mental health of the elderly during COVID-19: A theoretical review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 1–11.
- Lekamwasam, R. & Lekamwasam, S. (2020). Effects of COVID-19 pandemic on health and wellbeing of older people: a comprehensive review. *Ann Geriatr Med Res*, 24(3): 166–72.

- Levitt, E. E. (2015). *The psychology of anxiety* (2nd ed). New York: Routledge.
- Leys, R. (1991). Types of one: Adolf Meyer's life chart and the representation of individuality. *Representations*, 34, 1-28.
- Li, F., Luo, S., Mu, W., Li, Y., Ye, L., Zheng, X., Xu, B., Ding, Y., Ling, P., Zhou, M., & Chen, X. (2021). Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-14.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Lilliefors, H. W. (1967). On the Kolmogorov-Smirnov test for normality with mean and variance unknown. *Journal of the American statistical Association*, 62(318), 399-402.
- Lim, L. L., & Kua, E. H. (2011). *Living alone, loneliness, and psychological well-being of older persons in Singapore*. Current gerontology and geriatrics research.
- Lim, S., DeBruin, D. A., Leider, J. P., Sederstrom, N., Lynfield, R., Baker, J. v., Kline, S., Kesler, S., Rizza, S., Wu, J., Sharp, R. R., & Wolf, S. M. (2020). Developing an ethics framework for allocating remdesivir in the COVID-19 pandemic. *Mayo Clinic Proceedings*, 95(9), 1946-1954.
- Lim, X. Y., Yap, A. C., Mahendran, R., & Yu, J. (2021). The interplay between anxiety, fear, protective behaviors, compassion, and resilience among older adults during a COVID-19 lockdown: a structural equation modeling study. *Translational behavioral medicine*, 11(5), 1172-1178.
- Logar, S. (2020). Care home facilities as new COVID-19 hotspots: lombardy region (Italy) case study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 89(2020), 104087.
- Loriaux, D. L. (2008). Hans Hugo Bruno Selye (1907-1982). *The Endocrinologist*, 18(2), 53-54.
- Lu, C., Yuan, L., Lin, W., Zhou, Y., & Pan, S. (2017). Depression and resilience mediates the effect of family function on quality of life of the elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*, 71, 34-42.
- Lubben, J., & Gironde, M. (2004). Measuring social networks and assessing their benefits. *Social networks and social exclusion: Sociological and policy perspectives*, 20(4), 20-14.

- Luckmann, J. & Sorenson, K. C. (1975). MEDICAL-SURGICAL NURSING; A Psychophysiologic Approach. *AJN The American Journal of Nursing*, 75(8), 1388.
- Lyons, J. A. (1991). Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 4(1), 93-111.
- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37(4), 266–272.
- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E.R.. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatr Nurs*, 37(4), 266–72.
- Mahase, E. (2020). Covid-19: Portugal closes all medical schools after 31 cases confirmed in the country. *BMJ*, 368, m986. Doi.org/10.1136/bmj.m986.
- Maina, G., Mauri, M., & Rossi, A. (2016). Anxiety and depression. *Journal of Psychopathology*, 22(4), 236-250.
- Maneerat, S., Isaramalai, S. A., & Boonyasopun, U. (2011). A conceptual structure of resilience among Thai elderly. *The Journal of Behavioral Science*, 6(1), 24-40.
- Mao, X., & Han, WJ. (2018). Living arrangements and older adults' psychological well-being and life satisfaction in China: Does social support matter? *Family Relations*, 4, 567-584. Doi.org/10.1111/fare.12326
- Marinho, P. E., Melo, K. P., Apolinário, A. D., Bezerra, E., Freitas, J., Melo, D. M., ... & de Andrade, A. D. (2010). Undertreatment of depressive symptomatology in the elderly living in long stay institutions (LSIs) and in the community in Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(2), 151-155.
- Marr, B. (2020). *Coronavirus: How artificial intelligence, data science and technology is used to fight the pandemic*. [Online]. 11 March 2021. Retrieved from [https://www. forbes. com/sites/bernardmarr/2020/0, 3, 13](https://www.forbes.com/sites/bernardmarr/2020/0, 3, 13).
- Mayo Clinic. (2008). *Psychological resilience*. Retrieved from [http://www.mayoclinic .com/health/resilience/MH 00078](http://www.mayoclinic.com/health/resilience/MH 00078)
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., & Roma, P. (2020). A nationwide survey of psychological distress among italian people during the covid-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3165.

- McCullough, P. A., Alexander, P. E., Armstrong, R., Arvinte, C., Bain, A. F., Bartlett, R. P., & Zelenko, V. (2020). Multifaceted highly targeted sequential multidrug treatment of early ambulatory high-risk SARS-CoV-2 infection (COVID-19). *Reviews in cardiovascular medicine*, 21(4), 517.
- McEwen, B. S. (2022). Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(4), 367-381.
- McNaughton, N. (1997). Cognitive dysfunction resulting from hippocampal hyperactivity—a possible cause of anxiety disorder?. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 56(4), 603-611.
- Mehra, A., Rani, S., Sahoo, S., Parveen, S., Singh, A. P., Chakrabarti, S., & Grover, S. (2020). A crisis for elderly with mental disorders: Relapse of symptoms due to heightened anxiety due to COVID-19. *Asian Journal of Psychiatry*, 51(2020),102114.
- Meng, H., Xu, Y., Dai, J., Zhang, Y., Liu, B., & Yang, H. (2020). Analyze the psychological impact of COVID-19 among the elderly population in China and make corresponding suggestions. *Psychiatry Research*, 289(2020), 112983.
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Davies, S. O., & Liebowitz, M. R. (2002). Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of anxiety disorders*, 16(6), 661-673.
- Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E., & Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102258.
- Miles, J., & Shevlin, M. (2001). *Applying regression and correlation: A guide for students and researchers*. Sage.
- Miller, C. A. (2009). *Nursing for wellness in older adults*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mitchell, P. H., & Loustau, A. (1981). *Concepts basic to nursing*. New York: McGraw-Hill.
- Mondy, W. R., Arthur, S., & Edwin, B. F. (1988). *Management: Concept and practice*. 4th ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Mueller, A. E., Segal, D. L., Gavett, B., Marty, M. A., Yochim, B., June, A., & Coolidge, F. L. (2015). Geriatric anxiety scale: item response theory analysis, differential item

- functioning, and creation of a ten-item short form (GAS-10). *International Psychogeriatrics*, 27(7), 1099-1111.
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., van Brakel, A., Thissen, S., Moulart, V., & Gadet, B. (1998). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED) and traditional childhood anxiety measures. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 29(4), 327-339.
- Nasurdin, A. M., Ling, T. C., & Khan, S. N. (2018). Linking social support, work engagement and job performance in nursing. *International Journal of Business & Society*, 19(2), 363 -386.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*, (3rd Ed). Norwalk: Appleton & Lange.
- Neuman, B. (1996). The Neuman systems model in research and practice. *Nursing Science Quarterly*, 9(2), 67-70.
- Niu, S., Tian, S., Lou, J., Kang, X., Zhang, L., Lian, H., & Zhang, J. (2020). Clinical characteristics of older patients infected with COVID-19: A descriptive study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 89(2020), 104058.
- Office for National Statistics. (2020). *Overview of the UK Population*: [Online]. 7 August 2020. Retrieved from: <https://www.ons.gov.uk/releases/overviewoftheukpopulation>.
- Oliveira, S. C. D., Santos, A. A. D., & Pavarini, S. C. I. (2014). The relationship between depressive symptoms and family functioning in institutionalized elderly. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 65-71.
- Onder, G., Rezza, G., & Brusaferro, S. (2020). Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *Journal of the American Medical Association*, 323(18), 1775–1776.
- Owusu, P. & George, E. (2017). *Causes of students' stress, its effects on their academic success, and stress management by students*. (Master's thesis). Finland: Seinäjoki University of Applied Sciences.
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cadernos de Saude Publica*, 36(4), e00054020. Doi.org/10.1590/0102-311X00054020

- Özdin, S., & Bayrak Özdin, Ş. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, *66*(5), 504–511.
- Pardeller, S., Kemmler, G., Hoertnagl, C. M., & Hofer, A. (2020). Associations between resilience and quality of life in patients experiencing a depressive episode. *Psychiatry Research*, *292*(1), 113353. Doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113353.
- Pearman, A., Hughes, M. L., Smith, E. L., & Neupert, S. D. (2021). Age differences in risk and resilience factors in COVID-19-related stress. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, *76*(2), e38–e44.
- Perez-Rojo, G., López, J., Noriega, C., Velasco, C., Carretero, I., López-Frutos, P., & Galarraga, L. (2022). A multidimensional approach to the resilience in older adults despite COVID-19. *BMC Geriatrics*, *22*(1). Doi.org/10.1186/s12877-022-03472-y
- Pillon, S. C., Vedana, K., Teixeira, J. A., Dos Santos, L. A., de Souza, R. M., Diehl, A., Rassool, G. H., & Miasso, A. I. (2019). Depressive symptoms and factors associated with depression and suicidal behavior in substances user in treatment: Focus on suicidal behavior and psychological problems. *Archives of psychiatric nursing*, *33*(1), 70–76.
- Plagg, B., Engl, A., Piccoliori, G., & Eisendle, K. (2020). Prolonged social isolation of the elderly during COVID-19: Between benefit and damage. *Archives of gerontology and geriatrics*, *89*(2020), 104086. Doi.org/10.1016/j.archger.2020.104086.
- Pocklington, C. (2017). Depression in older adults. *British Journal of Medical Practitioners*, *10*(1), a1007.
- Promislow, D. E. L., & Anderson, R. (2020). A Geroscience Perspective on COVID-19 Mortality. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, *75*(9), e30–e33.
- Pueyo, T. (2020). *Coronavirus: Why you must act now politicians, community leaders and business leaders: What should you do and when ?*. [Online]. 12 April 2021. Retrieved from <https://medium.com/@tomaspueyo/coronavirus-act-today-or-people-will-die-f4d3d9cd99ca>.

- Qiu, H., Tong, Z., Ma, P., Hu, M., Peng, Z., Wu, W., ... & China Critical Care Clinical Trials Group (CCCCTG). (2020). Intensive care during the coronavirus epidemic. *Intensive care medicine*, 46, 576-578.
- Rahe, R. H., & Arthur, R. J. (1968). Life-change patterns surrounding illness experience. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(4), 341-345.
- Rajan, S., & Khunti, K. (2021). Alwan, European Observatory on Health Systems and Policies et al. In *the Wake of the Pandemic: Preparing for Long COVID*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Rana, U. (2020). Elderly suicides in India: An emerging concern during COVID-19 pandemic. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1251-1252.
- Rattanavipapong, W., Poonsiri, C., Isaranuwatjai, W., Iamsirithaworn, S., Apakupakul, J., Sonthichai, C., & Teerawattananon, Y. (2023). Economic Evaluation of Evusheld for Preexposure Prevention of COVID-19 in High-Risk Populations: Early Evidence from Thailand. *Applied Health Economics and Health Policy*, 1-12.
- Richards, D. L., Webb, A., & Clay, K. C. (2015). Respect for physical-integrity rights in the twenty-first century: Evaluating Poe and Tate's model 20 years later. *Journal of Human Rights*, 14(3), 291-311.
- Richards, Misty; Dixon, Lisa B. (2020). *Resilience. Psychiatric Services*, 71(8), 878-879.
- Rodríguez-González, R., Facal, D., Martínez-Santos, A. E., & Gandoy-Crego, M. (2020). Psychological, social and health-related challenges in spanish older adults during the lockdown of the covid-19 first wave. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1-13.
- Rosenbaum, L. (2020). Facing Covid-19 in Italy - ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. *New England Journal of Medicine*, 382(20), 1873-1875.
- Rout N. (2020). Risks to the elderly during the coronavirus (COVID-19) pandemic 2019-2020. *Journal of Geriatric Care and Research*, 7(1), 27-28.
- Roy, C., & Andrews, H. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). New Jersey: Upper Saddle River, Pearson Education.
- Rungruangsiripan, M., Sitthimongkol, Y., Maneesriwongul, W., Talley, S., & Vorapongsathorn, T. (2011). Mediating role of illness representation among social support, therapeutic alliance, experience of medication side effects, and medication

- adherence in persons with schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 25(4), 269-283.
- Sams, N., Fisher, D. M., Mata-Greve, F., Johnson, M., Pullmann, M. D., Raue, P. J., Renn, B. N., Duffy, J., Darnell, D., Fillipo, I. G., Allred, R., Huynh, K., Friedman, E., & Areán, P. A. (2021). Understanding Psychological Distress and Protective Factors Amongst Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(9), 881–894.
- Sanne, B., Mykletun, A., Dahl, A. A., Moen, B. E., & Tell, G. S. (2003). Occupational differences in levels of anxiety and depression: the Hordaland Health Study. *Journal of occupational and environmental medicine*, 45(6), 628-638.
- Santana, M. R. M., Zatti, C., Spader, M. L., Malgarim, B. G., Salle, E., Piltcher, R., & Freitas, L. H. (2017). Acute stress disorder and defense mechanisms: a study of physical trauma patients admitted to an emergency hospital. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 39, 247-256.
- Santini, Z. I., Jose, P. E., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e62–e70.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). *The health-related functions of social support*. *Journal of behavioral medicine*, 4(4), 381-406.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., and Lazarus, R. S. (1981). The Health-Related Functions of Social Support. *Journal of Behavior Medicine*, 4, 381-405.
- Schützenmeister, A., Jensen, U., & Piepho, H. P. (2012). Checking normality and homoscedasticity in the general linear model using diagnostic plots. *Communications in Statistics-Simulation and Computation*, 41(2), 141-154.
- Scott, S. B., Whitehead, B. R., Bergeman, C. S., & Pitzer, L. (2013). Combinations of stressors in midlife: Examining role and domain stressors using regression trees and random forests. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(3), 464-475.

- Segal, D. L., Granier, K. L., Pifer, M. A., & Stone, L. E. (2019). Geriatric anxiety scale. *Encyclopedia of gerontology and population aging*. [Online] 20 May 2020. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Katie-Granier-2/publication/344346205_Geriatric_Anxiety_Scale/links/5f6a7b2ba6fdcc008634607a/Geriatric-Anxiety-Scale.pdf
- Segal, D. L., June, A., Payne, M., Coolidge, F. L., & Yochim, B. (2010). Development and initial validation of a self-report assessment tool for anxiety among older adults: The Geriatric Anxiety Scale. *Journal of anxiety disorders*, 24(7), 709-714.
- Segal, D.L. & Mueller, A.E. (2019) Evidence of validity of the geriatric anxiety scale for use among medically ill older adults. *J Depress Anxiety Forecast*, 2(1), 1010.
- Selye, H. (1956). *Stress in the Health and Disease*. Woburn, Mass: Butterworth.
- Selye, H. (1974). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill Book.
- Selye, H. (1983). *Selye's guide to stress research*. New York: Van Northland Reinhold.
- Servello, Adriana; Ettore, Evaristo (2020). COVID-19: The Italian viral "Gerocide" of the 21st century. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 89,104111.
- Sharpe, L., Sinclair, J., Kramer, A., de Manincor, M., & Sarris, J. (2020). Cannabis, a cause for anxiety? A critical appraisal of the anxiogenic and anxiolytic properties. *Journal of translational medicine*, 18, 1-21.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine*, 32(6), 705-714.
- Sinclair, V. G. & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment* 11, 94-101.
- Singhal, T. (2020). A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian Journal Pediatric*, 87(4), 281-286. Doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6
- Smith, B. W., Tooley, E. M., Christopher, P. J., & Kay, V. S. (2010). Resilience as the ability to bounce back from stress: A neglected personal resource? *Journal of Positive Psychology*, 5(3), 166-176.
- Snaith, R. P. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and quality of life outcomes*, 1(1), 1-4.
- Snaith, R. P., & Zigmond, A. S. (1986). The hospital anxiety and depression scale. *British medical journal (Clinical research ed.)*, 292(6516), 344.

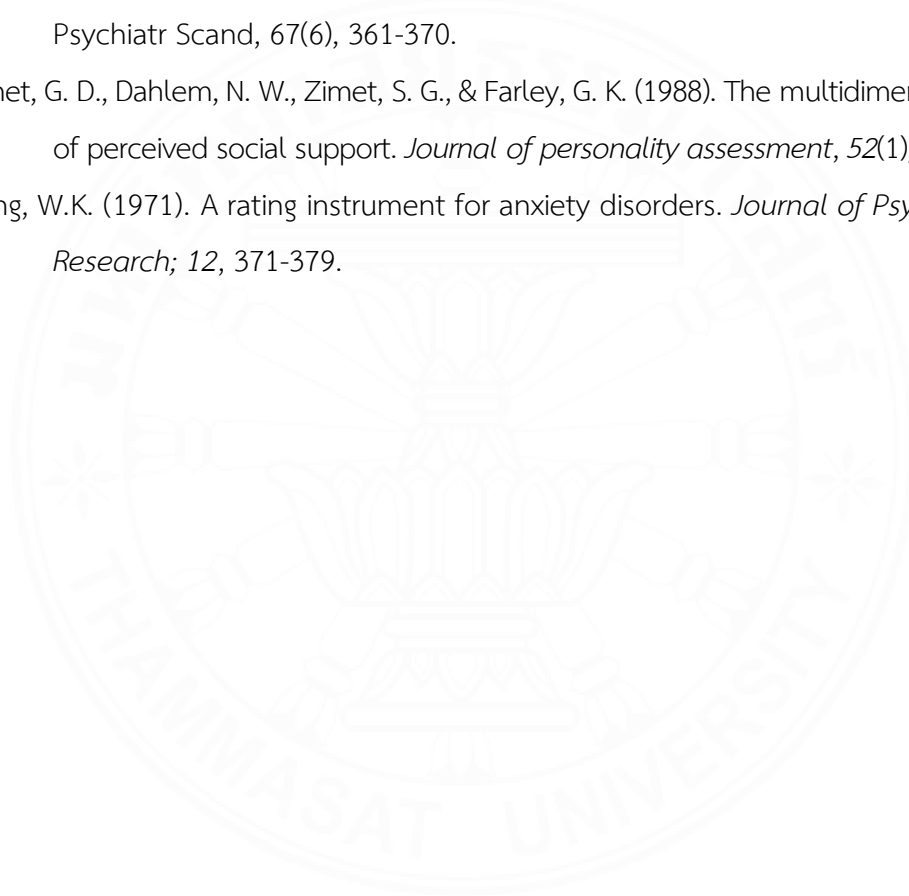
- Soonthornchaiya, R. (2020). Resilience for psychological impacts of COVID-19 pandemic on older adults in Thailand. *J. Gerontol. Geriatr. Med*, 6, 053.
- Spence, S. H. (1997a). Spence children's anxiety scale. *Journal of Anxiety Disorders*. [Online]. 20 June 2021. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ft10518-000>.
- Spence, S. H. (1997b). Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study. *Journal of abnormal psychology*, 106(2), 280.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour research and therapy*, 36(5), 545-566.
- Spielberger, C. D. (1983). State-trait anxiety inventory for adults. [Online]. 19 July 2021 Retrieved from <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ft06496>.
- Spielberger, C. D., Krasner, S. S., & Solomon, E. P. (1988). The experience and control of anger. *Health psychology, individual differences and stress*. New York: Springer-Verlag Publishers.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Steinskog, D. J., Tjøstheim, D. B., & Kvamstø, N. G. (2007). A cautionary note on the use of the Kolmogorov–Smirnov test for normality. *Monthly Weather Review*, 135(3), 1151-1157.
- Stults-Kolehmainen, M. A., & Sinha, R. (2014). The effects of stress on physical activity and exercise. *Sports medicine*, 44, 81-121.
- Thomas, H. (2013). Assessing and managing depression in older people. *Nursing Times*, 109(43), 16-18.
- To, Q. G., Vandelanotte, C., Cope, K., Khalesi, S., Williams, S. L., Alley, S. J., Thwaite, T. L., Fenning, A. S., & Stanton, R. (2022). The association of resilience with depression, anxiety, stress and physical activity during the COVID-19 pandemic. *BMC public health*, 22(1), 491.
- Tran, B. X., Dang, A. K., Thai, P. K., Le, H. T., Le, X. T. T., Do, T. T. T., ... & Ho, C. S. (2020). Coverage of health information by different sources in communities: implication

- for COVID-19 epidemic response. *International journal of environmental research and public health*, 17(10), 3577.
- UNFPA Thailand. (2020). *The Impact of COVID 19 on older persons in Thailand – evidence from the survey*. [Online]. 20 May 2021. Retrieved from <https://thailand.unfpa.org/en/covid-op>.
- Vaglio, J., Conard, M., Poston, W. S., O'Keefe, J., Haddock, C. K., House, J., & Spertus, J. A. (2004). Testing the performance of the ENRICH Social Support Instrument in cardiac patients. *Health and quality of life outcomes*, 2(1), 1-5.
- Vannini, P., Gagliardi, G. P., Kuppe, M., Dossett, M. L., Donovan, N. J., Gatchel, J. R., Quiroz, Y. T., Premnath, P. Y., Amariglio, R., Sperling, R. A., & Marshall, G. A. (2021). Stress, resilience, and coping strategies in a sample of community-dwelling older adults during COVID-19. *Journal of Psychiatric Research*, 138(2020), 176–185.
- Verdolini, N., Amoretti, S., Montejo, L., García-Rizo, C., Hogg, B., Mezquida, G., Rabelo-da-Ponte, F. D., Vallespir, C., Radua, J., Martinez-Aran, A., Pacchiarotti, I., Rosa, A. R., Bernardo, M., Vieta, E., Torrent, C., & Solé, B. (2021). Resilience and mental health during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 283, 156–164.
- Vinkers, C. H., van Amelsvoort, T., Bisson, J. I., Branchi, I., Cryan, J. F., Domschke, K., Howes, O. D., Manchia, M., Pinto, L., de Quervain, D., Schmidt, M. v., & van der Wee, N. J. A. (2020). *Stress resilience during the coronavirus pandemic*. *European Neuropsychopharmacology*, 35, 12–16.
- Vongsirimas, N., Thanoi, W., & Yobas, P. K. (2017). Evaluating Psychometric Properties of the Connor–Davidson Resilience Scale (10-Item CD-RISC) among University Students in Thailand. *Nursing Science Journal of Thailand*, 35(3), 25-35.
- Wagnild, G. (2003). Resilience and successful aging: Comparison among low and high income older adults. *Journal of gerontological nursing*, 29(12), 42-49.
- Walfish, S. (2006). A review of statistical outlier methods. *Pharmaceutical technology*, 30(11), 82.
- Wallace, Mc. & Donald J. (1978). Living with Stress. *Nursing times*. 74(11), 457-458.

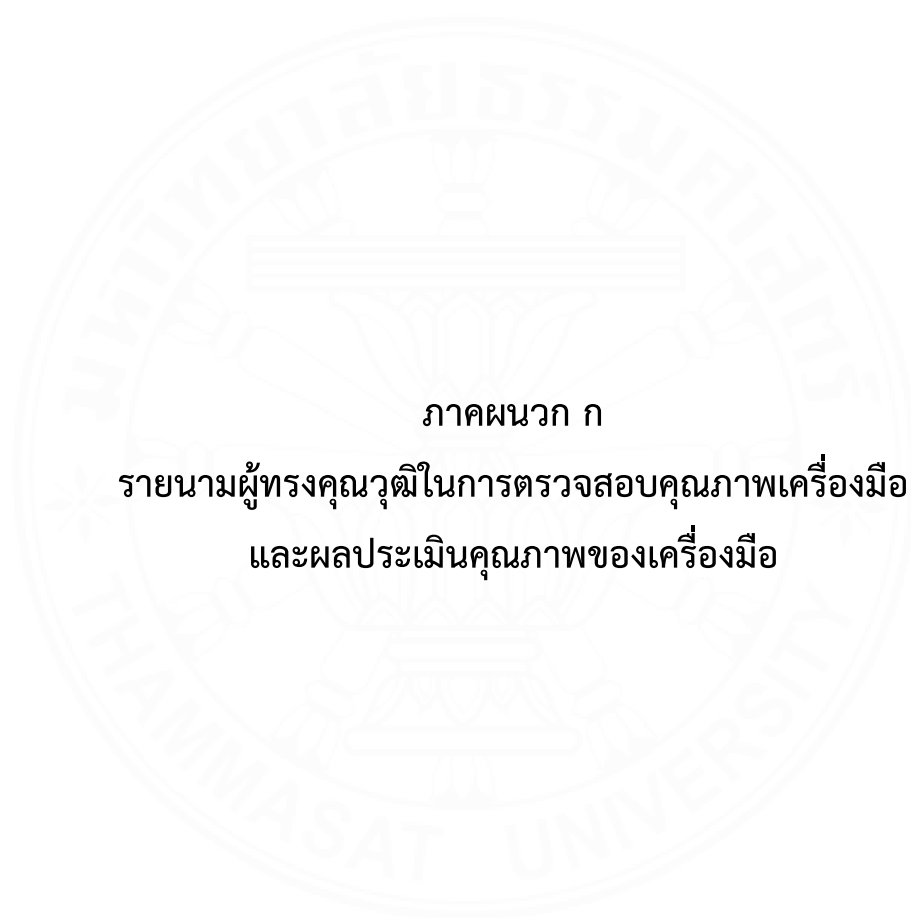
- Wambua, G. Nduku; Kilian, Sanja; Ntlantsana, Vuyokazi; Chiliza, Bonginkosi. (2020). The association between resilience and psychosocial functioning in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 293(1), 113374.
- Wand, A. P. F., Zhong, B. L., Chiu, H. F. K., Draper, B., & de Leo, Di. (2020). COVID-19: *The implications for suicide in older adults*. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1225–1230.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5).
- Wang, J., & Zhao, X. (2012). Family functioning and social support for older patients with depression in an urban area of Shanghai, China. *Archives of gerontology and geriatrics*, 55(3), 574-579.
- Waysman, M., Schwarzwald, J., & Solomon, Z. (2001). Hardiness: An examination of its relationship with positive and negative long-term changes following trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 14(3), 531-548.
- Werner, E. & Smith, R. (1989). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press
- Williams, M. V., Chandra, A., Spears, A., Varda, D., Wells, K. B., Plough, A. L., & Eisenman, D. P. (2018). Evaluating community partnerships addressing community resilience in Los Angeles, California. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 1-13.
- Wills, T. A., Vaccaro, D., & McNamara, G. (1992). The role of life events, family support, and competence in adolescent substance use: A test of vulnerability and protective factors. *American journal of community psychology*, 20(3), 349-374.
- Windle, G., Woods, R. T., & Markland, D. A. (2010). Living with ill-health in older age: The role of a resilient personality. *Journal of Happiness Studies*, 11(6), 763-777.
- Wise, T., Zbozinek, T. D., Michelini, G., Hagan, C. C., & Mobbs, D. (2020). Changes in risk perception and self-reported protective behaviour during the first week of the

- COVID-19 pandemic in the United States: COVID-19 risk perception and behavior. *Royal Society Open Science*, 7(9).
- World Health Organization. (2003). *The World health report 2003: Shaping the future*. [Online] 20 December 2021. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42789>.
- World Health Organization. (2017). *Depression*. [Online]. 20 May 2021. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.
- World Health Organization. (2017). *Depression: What you should know*. [Online]. 18 December 2021. Retrieved from <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/what-you-should-know/en/>.
- World Health Organization. (2019). *Emergency: Novel coronavirus 2019*. [Online]. 20 December 2022. Retrieved from <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019>.
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (covid-19) situation report-35*. [Online]. 27 May 2020. Retrieved from https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200224-sitrep-35-covid-19.pdf?sfvrsn=1ac4218d_2.
- World Health Organization. (2020). *COVID-19 as a Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) under the IHR*. [Online]; 2020 [cited 2023 Jan 1]. Available from: <https://extranet.who.int/sph/COVID19-public-health-emergency-international-concernpheic-under-ihr>
- Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and Important Lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Journal of the American Medical Association*, 323(13), 1239–1242.
- Yildirim, H., Işık, K., & Aylaz, R. (2020). The effect of anxiety levels of elderly people in quarantine on depression during covid-19 pandemic. *Social Work in Public Health*, Doi: 10.1080/19371918.2020.1868372.

- Yildirim, H., Işık, K., & Aylaz, R. (2021). The effect of anxiety levels of elderly people in quarantine on depression during covid-19 pandemic. *Social work in public health, 36*(2), 194–204.
- Zaninotto, P., Iob, E., Demakakos, P., & Steptoe, A. (2022). Immediate and longer-term changes in the mental health and well-being of older adults in England during the COVID-19 pandemic. *JAMA Psychiatry, 79*(2), 151–159.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scand, 67*(6), 361-370.
- 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.
- Zung, W.K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Journal of Psychosomatic Research; 12*, 371-379.







ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
และผลประเมินคุณภาพของเครื่องมือ

ภาคผนวก ก-1

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แพทย์หญิงกนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง	นายแพทย์เชี่ยวชาญจิตแพทย์ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
อาจารย์วิจิตรา จิตรักษ์	หัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
คุณสุวีภรณ์ สมคะเนย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานการ พยาบาลจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเชียงใหม่



ภาคผนวก ก-2
ผลประเมินคุณภาพของเครื่องมือ

1. ผลการหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือในการวิจัย

ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือในการวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน โดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์ ความหมายที่ถูกต้อง และภาษาที่ใช้กันทั่วไปหรือใช้ในชีวิตประจำวัน และแสดงเป็นตารางเพื่อให้ง่ายในการเปรียบเทียบผลการแปล และทำการตรวจสอบความสอดคล้องของความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือในการวิจัย ซึ่งเป็นการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ทั้งฉบับเท่ากับ 1.00 และมีรายละเอียดรายชื่อ ดังนี้

รายการประเมิน	ผู้เชี่ยวชาญ			ผลรวม
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
เพศ	1	1	1	1.00
อายุ	1	1	1	1.00
ศาสนา	1	1	1	1.00
ระดับการศึกษา	1	1	1	1.00
สถานภาพสมรส	1	1	1	1.00
รายได้ต่อเดือน	1	1	1	1.00
โรคประจำตัว	1	1	1	1.00

1.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ทั้งฉบับเท่ากับ 1.00 และมีรายละเอียดรายชื่อ ดังนี้

รายการประเมิน	ผู้เชี่ยวชาญ			ผลรวม
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1. ปวดมีนศีรษะ	1	1	1	1.00
2. นอนไม่หลับสามารถหลับได้แล้ว	1	1	1	1.00
3. อ่อนเพลียไม่มีแรง	1	1	1	1.00
4. เบื่ออาหารอะไร	1	1	1	1.00
5. ลืมง่าย	1	1	1	1.00

รายการประเมิน	ผู้เชี่ยวชาญ			ผลรวม
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
6. ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง.....	1	1	1	1.00
7. รู้สึกน้อยใจ.....ตั้งใจ	1	1	1	1.00
8. รู้สึก..... ไม่มีชีวิตชีวา	1	1	1	1.00
9. ไม่อยาก.....ใจ หรือหมดอาลัยตายอยาก	1	1	1	1.00
10. ไม่มี.....เหมือนเดิม	1	1	1	1.00
11. ทำอะไร.....ทั้งวัน	1	1	1	1.00
12. กระวนกระวาย.....	1	1	1	1.00
13. คิดแต่เรื่องไม่ดี วนเวียนซ้ำ ๆ	1	1	1	1.00
14. คิดดีเทียบตนเอง เป็นภาระคนอื่น	1	1	1	1.00
15. คิดว่าในชีวิต.....กับอนาคต	1	1	1	1.00
16. คิดไม่อยากอยู่ หรือคิดฆ่าตัวตาย	1	1	1	1.00

1.3 แบบประเมินความเครียด (ST-5) ไม่ได้ค่ามีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เนื่องจากเป็นเครื่องมือเป็นมาตรฐานแล้ว

1.4 แบบประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้น มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ทั้งฉบับเท่ากับ 1.00 และมีรายละเอียดรายชื่อ ดังนี้

รายการประเมิน	ผู้เชี่ยวชาญ			ผลรวม
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1. ฉันรู้สึก.....ง่าย	1	1	1	1.00
2. ฉันรู้สึก.....จากผู้อื่น	1	1	1	1.00
3. ฉันรู้สึก.....งุนงง	1	1	1	1.00
4. ฉันรู้สึก.....อยู่หนึ่งๆ	1	1	1	1.00
5. ฉัน.....ไม่ได้	1	1	1	1.00
6. ฉัน..... กังวลมาก	1	1	1	1.00
7. ฉัน.....ง่าย	1	1	1	1.00
8. กล้ามเนื้อ.....เครียด	1	1	1	1.00
9. ฉันรู้สึก.....ไม่ได้	1	1	1	1.00
10. ฉันรู้สึกเหมือนว่า.....เกิดขึ้นกับฉัน	1	1	1	1.00

1.5 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ทั้งฉบับเท่ากับ 1.00 และมีรายละเอียดรายชื่อ ดังนี้

รายการประเมิน	ผู้เชี่ยวชาญ			ผลรวม
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1. บุคคล.....ออกกำลังกาย	1	1	1	1.00
2. บุคคล.....บริเวณลานกว้างๆ	1	1	1	1.00
3. เมื่อเจ็บป่วย.....พาท่านไปพบแพทย์	1	1	1	1.00
4. บุคคลใน.....และปัญหาการเจ็บป่วย	1	1	1	1.00
5. บุคคล..... โทรทัศน์มาบอกท่าน	1	1	1	1.00
6. บุคคลใน.....และโรคของท่าน	1	1	1	1.00
7. ท่าน.....ประจำและตรงตามนัด	1	1	1	1.00
8. เมื่อท่านมี.....คำปรึกษาแก่ท่าน	1	1	1	1.00
9. บุคคลใน.....ให้ท่าน	1	0	1	0.67
10. เมื่อท่าน.....ท่านรับประทาน	1	1	1	1.00
11. เมื่อท่านไม่สบายให้ท่าน	1	1	1	1.00
12. เมื่อท่านมี.....ช่วยเหลือท่านได้	1	1	1	1.00

1.6 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ทั้งฉบับเท่ากับ .986 และมีรายละเอียดรายชื่อ ดังนี้

รายการประเมิน	ผู้เชี่ยวชาญ			ผลรวม
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1. การล้างมือ				
1.1 ท่านล้างมือ.....จามหรือสั่ง น้ำมูก	1	1	1	1.00
1.2 ท่านล้างมือ.....หรือธนบัตร	1	1	1	1.00
1.3 ท่านล้างมือ.....คนอื่น	1	1	1	1.00
1.4 ท่านล้างมือ..... วินาที	1	1	1	1.00
1.5 ท่านล้างมือ.....ปุ่มลิฟต์ เป็นต้น	1	1	1	1.00
1.6 ท่านหลีกเลี่ยง.....ใช้เจลแอลกอฮอล์	1	1	1	1.00

รายการประเมิน	ผู้เชี่ยวชาญ			ผลรวม
	คนที่	คนที่	คนที่	
	1	2	3	
2. การใช้หน้ากากอนามัย				
2.1 ท่านใส่หน้ากาก.....เมื่อออกจากบ้าน	1	1	1	1.00
2.2 ท่านมีหน้ากากอนามัย.....ใช้เสมอ	1	1	1	1.00
2.3 ท่านจะใส่หน้ากากอนามัย กับผู้อื่นได้	1	0	1	.67
2.4 ท่านใส่หน้ากากอนามัย.....หรือไม่สบาย	1	1	1	1.00
2.5 ท่านเปลี่ยนหน้ากาก.....มีน้ำมูก	1	1	1	1.00
2.6 ท่านทิ้งหน้ากากอนามัย.....ที่มีฝาปิด มิดชิด	1	1	1	1.00
3. การเว้นระยะห่าง				
3.1 ท่านเว้นระยะห่าง 1-2 เมตรคนอื่น	1	1	1	1.00
3.2 ท่านหลีกเลี่ยงการใกล้ชิด..... มีน้ำมูก	1	1	1	1.00
3.3 ท่านไม่ไปในที่มี..... สนามกีฬา เป็นต้น	1	1	1	1.00
3.4 ท่านหลีกเลี่ยง.....กับผู้อื่น	1	1	1	1.00
3.5 ท่านหลีกเลี่ยง.....โคโรนาไวรัส 2019	1	1	1	1.00
3.6 ท่านงดเดินทาง.....โรคโควิด-19	1	1	1	1.00
4. การส่งเสริมสุขภาพ				
4.1 ท่านรับประทานผักรับประทานอาหาร	1	1	1	1.00
4.2 ท่านออกกำลังกาย.....นาน 30-45 นาที	1	1	1	1.00
4.3 ท่านหลีกเลี่ยงหรือพยายาม.....ไวน์ เป็นต้น	1	1	1	1.00
4.4 ท่านหลีกเลี่ยงหรือพยายาม.....สูบบุหรี่ หรือยาเส้น	1	1	1	1.00
4.5 ท่านนอนก่อนเวลาต่อคืน	1	1	1	1.00
4.6 ท่านมีความเครียดของโรคโควิด- 19	1	1	1	1.00

1.7 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (10-Item CD-RISC) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ทั้งฉบับเท่ากับ 1.00 และมีรายละเอียดรายข้อ ดังนี้

รายการประเมิน	ผู้เชี่ยวชาญ			ผลรวม
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1. ฉันสามารถ.....ได้	1	1	1	1.00
2. ฉันสามารถ.....อะไรก็ตาม	1	1	1	1.00
3. ฉันพยายามที่จะ.....ปัญหาที่เกิดขึ้น	1	1	1	1.00
4. การจัดการ.....แข็งแกร่งขึ้น	1	1	1	1.00
5. ฉันมักจะ.....ยากลำบาก	1	1	1	1.00
6. ฉันสามารถ.....ที่มีอุปสรรค	1	1	1	1.00
7. ฉันสามารถ.....ภาวะกดดัน	1	1	1	1.00
8. ฉันไม่ใช่คน.....ล้มเหลว	1	1	1	1.00
9. ฉันคิดว่า.....เข้มแข็ง	1	1	1	1.00
10. ฉันสามารถ.....ฟังประสงค์ได้	1	1	1	1.00

2. ผลการหาความเที่ยงของเครื่องมือในการวิจัย

ชนิดของเครื่องมือ	ค่าความเที่ยง (n = 30)
ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย	.907
ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียด (ST-5)	.787
ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้น	.868
ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว	.906
ส่วนที่ 6 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ	.948
ส่วนที่ 7 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (Connor-Davidson Resilience Scale, 10-Item CD-RISC)	.902



ภาคผนวก ข

เอกสารอนุมัติจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์

ห้อง 110 ชั้น 1 อาคารปิยชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง
จ.ปทุมธานี 12121 โทรศัพท์: 0-2564-4440 ต่อ 7358 E-mail: ecsctu3@tu.ac.th

ScF 03/01

Activated With
Go to Settings

COA No. 031/2566

ใบรับรองโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : 150/2565
ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19
: PREDICTIVE FACTORS ON RESILIENCE AMONG OLDER ADULTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER IN COVID-19 PANDEMIC
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวศิริรัฐ โนนใหญ่
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ได้พิจารณา โดยใช้หลักของ Declaration of Helsinki, the Belmont report, CIOMS guidelines และ the International practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....*กิตติกร หงษ์*.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.เกสัชกรหญิง จินดา หวังบุญสกุล)
ประธานคณะกรรมการ

ลงนาม.....*สิริกร งาม*.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ลักขณา เหล่าเกียรติ)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง: 2 พฤษภาคม 2566

วันหมดอายุ: 1 พฤษภาคม 2567

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า: 2 เมษายน 2567

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ประวัติผู้วิจัย
- 3) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 4) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 5) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย
- 6) แบบประเมินความเครียด (ST5)
- 7) แบบประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้น
- 8) แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว
- 9) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ
- 10) แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ



ภาคผนวก ค
เอกสารพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ภาคผนวก ค-1
เอกสารพิกัดสิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย
ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคมึนเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ชื่อโครงการวิจัย PREDICTIVE FACTORS ON RESILIENCE AMONG OLDER ADULTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER IN COVID-19 PANDEMIC
ผู้วิจัย นางสาวศิริรัฐ โนนใหญ่ สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต เลขที่ 99 หมู่ที่ 18 ตำบลคลองหลวง อำเภอกองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12121 เบอร์โทรศัพท์ 088-128-0588, อีเมล Sirirat.non@dome.tu.ac.th อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรโชทยา สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต เลขที่ 99 หมู่ที่ 18 ตำบลคลองหลวง อำเภอกองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12121 เบอร์โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7342 โทรศัพท์มือถือ 084-645-6382, อีเมล rangsima@tu.ac.th แหล่งทุนวิจัย ไม่มี

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของการวิจัย คือ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคมึนเศร้า มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ จำนวน 2 แห่ง ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนอาการของโรคมึนเศร้า อยู่ระหว่าง 7-18 คะแนน ไม่มีภาวะสมองเสื่อม มีประวัติความเกี่ยวข้องกับเชื้อโควิด 19 อย่างน้อย 1 ข้อ ประกอบด้วย มีประวัติไปในพื้นที่เสี่ยงโควิด-19 เป็นผู้แยกสังเกตอาการ/ผู้กักกันตัว เป็นผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค และมีญาติเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค/ติดเชื้อโควิด-19 สามารถพูดคุยรู้เรื่อง ติดต่อบริการสื่อสารกับผู้อื่นได้ ไม่มีความบกพร่องทางการมองเห็นและการได้ยิน โครงการวิจัยนี้จะคัดเลือกผู้ที่เหมาะสมเข้าร่วมการศึกษาเป็นจำนวนทั้งสิ้น 137 คน

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ โปรดใช้เวลาในการอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างละเอียดรอบคอบ จะช่วยให้ท่านเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่ท่านจะมีส่วนร่วมในโครงการ และท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยขอเน้นว่าการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน (ดูกรอบที่ 1) หากท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จะไม่มีผลใด ๆ ต่อการดูแลทางการแพทย์หรือสิทธิที่ท่านได้รับอยู่ ท่านจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานทางการแพทย์ (ดูกรอบที่ 2)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์
อนุมัติ 02 MAY 2023

ภาคผนวก ค-2

หนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1 3 0 7 2 3 0 9

ScF 05_02

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

Informed Consent Form

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัยปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณืการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19.....

ชื่อผู้วิจัยนางสาวศิริรัฐ โนนใหญ่.....

ที่อยู่ติดต่อคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต เลขที่ 99 หมู่ที่ 18 ตำบลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12121 โทรศัพท์ 088-128-0588.....

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย การรักษาความลับ และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย โดยข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ ในกรณีที่ผู้วิจัยขอทราบเหตุผล ข้าพเจ้ายังคงสิทธิที่จะแจ้งหรือไม่แจ้งเหตุผลแก่ผู้วิจัยก็ได้ ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ห้อง 110 ชั้น 1 อาคารปิยชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7358 อีเมล ECScTU3@tu.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ(หรือลายนิ้วมือ) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ (หรือลายนิ้วมือ).....

(.....) (.....)

ผู้วิจัย

อาสาสมัครวิจัย

วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....

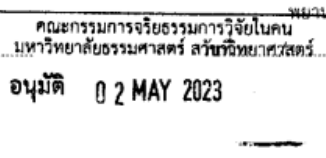
ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

Version 3/ 12.04.2023

Active
Go to S

ภาคผนวก ค-3

หนังสือขอเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

AC
Go



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โทร. ๐๒-๕๖๔๔-๔๔๔๐ ต่อ ๗๓๗๖
ที่ อว ๒๗.๓๓๔/ค.(พิเศษ) ๑๗๗ วันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอร่ำหนังสือขออนุญาตใช้สถานที่เก็บข้อมูลเพื่อการทดสอบเครื่องมือวิจัย
และขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดี (ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวศิริรัฐ โนนใหญ่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำลังดำเนินการจัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการสำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรโชชา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ในขั้นตอนการทดสอบเครื่องมือวิจัยและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

ในการนี้ ข้าพเจ้าใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ทางคณะพยาบาลศาสตร์ ดำเนินการจัดทำหนังสือเก็บข้อมูลเพื่อการทดสอบเครื่องมือวิจัยและขอใช้สถานที่ในการทำวิจัย ดังรายนามที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา


 (นางสาวศิริรัฐ โนนใหญ่)
 นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
เรียน คณบดี

เห็นสมควรออกหนังสือขออนุญาตใช้สถานที่เก็บข้อมูลเพื่อการทดสอบเครื่องมือวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย


 (รองศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรโชชา)
 อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

The image features a large, faint watermark of the Thammasat University seal in the background. The seal is circular and contains the university's name in Thai script at the top and 'THAMMASAT UNIVERSITY' in English at the bottom. In the center of the seal is a five-tiered umbrella (parasol) resting on a base, with a horizontal bar across its middle.

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

150 / 2565

แบบสอบถามเพื่อการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

แบบสอบถาม
เลขที่.....
วันที่.....

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

แบบสอบถามเรื่อง ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

แบบสอบถามนี้ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์สำหรับการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นภาษาไทย จำนวน 11 ข้อ

(นางสาวศิริรัฐ โนนใหญ่)

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์
อนุมัติ 02 MAY 2023

150 / 2565

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

แบบสอบถาม

เลขที่.....

วันที่.....

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

แบบสอบถามเรื่อง ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณการแพรระบาดของโรคโควิด 19

แบบสอบถามนี้ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย ที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูล แบ่งเป็น 7 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย จำนวน 16 ข้อ
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียด (ST5) จำนวน 5 ข้อ
- ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้น จำนวน 10 ข้อ
- ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 12 ข้อ
- ส่วนที่ 6 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ จำนวน 24 ข้อ
- ส่วนที่ 7 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ จำนวน 10 ข้อ

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่อง ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณการแพรระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์เท่านั้น ไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด ขอความกรุณาให้ท่าน ตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อและตอบตามความเป็นจริงของท่าน ขอขอบพระคุณในความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

(นางสาวศิริรัฐ โนนใหญ่)

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิ
สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์

อนุมัติ 02 MAY 2023

Activate Wi
Go to Settings t

หมายเลขแบบสอบถาม.....

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงหน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา 1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม 4. อื่น ๆ ระบุ
.....
4. ระดับการศึกษา
 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ระดับประถมศึกษา 3. ระดับมัธยมศึกษา
ตอนต้น
 4. ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 5. สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย
5. สถานภาพสมรส
 1. โสด 2. สมรส 3. หย่า/หม้าย 4. แยกกันอยู่
 5. อื่น ๆ
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
 1. น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน 2. 5,000 – 10,000 บาท/เดือน
 3. 10,001 – 15,000 บาท/เดือน 4. มากกว่า 15,001 บาท/เดือน
7. โรคประจำตัว 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าไทย

คำชี้แจงสำหรับผู้ใช้ โปรดถามผู้สูงอายุเป็นรายข้อ โดยใช้แนวคำถามต่อไปนี้ “ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้” ท่านมีอาการเหล่านี้...หรือไม่” ถ้ามีอาการในแต่ข้อให้ถามต่อว่า “อาการนั้นมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด” ตามความเห็นของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุบอกความรุนแรงแล้ว ให้ถามว่า “ในสองสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการนั้นน้อยเพียงใด”

	คำถาม	ไม่มี	ความรุนแรง			ความถี่			รวม
			น้อย	ปานกลาง	มาก	นานๆ ครั้ง (1-7 วัน)	บ่อย (7-10 วัน)	เกือบทุกวัน (>10 วัน)	ความรุนแรง x ความถี่
1	ปวด.....ศีรษะ	0	1	2	3	1	2	3	
3	อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	0	1	2	3	1	2	3	
4	เบื่ออาหารกินอะไร	0	1	2	3	1	2	3	
5	ลืมง่าย	0	1	2	3	1	2	3	
1 6	คิดไม่อยากอยู่คิด ฆ่าตัวตาย	0	1	2	3	1	2	3	

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียด (ST-5)

ความเครียดเกิดขึ้นได้กับทุกคน สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดมีหลายอย่าง เช่น รายได้ที่ไม่เพียงพอ หนี้สิน ภัยพิบัติต่างๆ ที่ทำให้เกิดความสูญเสีย ความเจ็บป่วย เป็นต้น ความเครียดมีทั้งประโยชน์และโทษ หากมากเกินไปจะเกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของท่านได้ขอให้ท่านลองประเมินตนเองโดยให้คะแนน 0 - 3 ที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

คะแนน 0 หมายถึง เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี

คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง

คะแนน 2 หมายถึง เป็นบ่อยครั้ง

คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

ข้อที่	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ ๒ - ๔ สัปดาห์	คะแนน			
		0	1	2	3
1	มีปัญหาการนอนนอนมาก				
2	มีสมาธิ.....				
5	ไม่อยาก.....				

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวลฉบับสั้น (ผู้สูงอายุ)

ในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าการเหล่านี้อย่างไร ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในช่องที่ตรงกับท่านมากที่สุด โดยคะแนน 0 = ไม่เกิดขึ้นเลย 1 = เกิดบางครั้ง 2 = เกิดบ่อยครั้ง 3 = เกิดตลอดเวลา

ข้อ	ข้อความ	ไม่เกิดเลย	เกิดบางครั้ง	เกิดบ่อยครั้ง	เกิดตลอดเวลา
1	ฉันรู้สึก.....	0	1	2	3
2	ฉันรู้สึก.....จากผู้อื่น	0	1	2	3
3	ฉันรู้สึก.....งุนงง	0	1	2	3
7	ฉันรู้สึก.....	0	1	2	3
9	ฉัน.....ฉันไม่ได้	0	1	2	3
10	ฉัน.....ฉัน	0	1	2	3



ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ 1 คำตอบ

ข้อ	ข้อความ	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงปานกลาง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
4.	บุคคลในครอบครัว..... เจ็บป่วย					
5.	บุคคลในครอบครัว.....มา บอกท่าน					
8.	เมื่อท่าน.....แก่ท่าน					
12.	เมื่อท่านมี.....ของท่านได้					



ส่วนที่ 6 แบบประเมินพฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้
สูงอายุ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ 1 คำตอบ

ข้อ	คำถาม	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1	การ.....มือ					
1.6	ท่านหลีกเลี่ยง.....ใช้เจลแอลกอฮอล์					
2	การใช้.....อนามัย					
2.1	ท่านใส่.....ออกจากบ้าน					
2.6	ท่าน.....ปิดมิดชิด					
3	การ.....ห่าง					
3.4	ท่านหลีกเลี่ยง.....กับผู้อื่น					
3.5	ท่านหลีกเลี่ยง.....โรคโควิด-19					
4	การส่งเสริมสุขภาพ					
4.1	ท่านรับประทานอาหารการรับประทานอาหาร					
4.2	ท่านออก..... 30-45 นาที					


ส่วนที่ 7 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในข้อความที่ได้ระบุไว้ว่าตรงกับความจริงเกี่ยวกับตัวท่านมาก

น้อยเพียงใดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

หากสถานการณ์ดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นในเร็วๆ นี้ ให้ท่านตอบโดยคิดว่าท่านน่าจะรู้สึกอย่างไร

ข้อ	คำถาม	ไม่จริง ทั้งหมด	ไม่จริง อย่าง มาก	ไม่จริง บางครั้ง	จริง บ่อยครั้ง	จริง เกือบ ตลอดเวลา
1	ฉันสามารถ.....ได้	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
5	ฉันมักจะ.....ยากลำบาก	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
6	ฉันสามารถไปถึง.....อุปสรรค	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
10	ฉันสามารถ.....พึงประสงค์ได้	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4



ภาคผนวก จ
ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติอนุมานโดยอาศัยเทคนิคการวิเคราะห์ความถดถอยพหุเชิงเส้น (Multiple Regression Analysis) ดังนั้นก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลจึงได้ทำการตรวจสอบประชากรตาม เงื่อนไขการวิเคราะห์ความถดถอยพหุเชิงเส้น โดยมีเงื่อนไขดังนี้

1. การตรวจสอบความผิดปกติของข้อมูล (Outlier) พบว่าค่า Cook's distance ของข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์อยู่ระหว่าง 0 – .195 โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ .012 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 1 จึงสามารถสรุปได้ว่าไม่มีความผิดปกติของข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	9.4622	38.2389	26.4745	5.16889	137
Std. Predicted Value	-3.291	2.276	.000	1.000	137
Standard Error of Predicted Value	.656	2.502	1.120	.337	137
Adjusted Predicted Value	11.8340	38.1393	26.5025	5.14756	137
Residual	-16.46369	13.66867	.00000	5.48433	137
Std. Residual	-2.946	2.446	.000	.981	137
Stud. Residual	-3.021	2.570	-.002	1.015	137
Deleted Residual	-17.31440	15.09282	-.02800	5.87419	137
Stud. Deleted Residual	-3.121	2.628	-.003	1.025	137
Mahal. Distance	.879	26.265	4.964	4.132	137
Cook's Distance	.000	.195	.012	.029	137
Centered Leverage Value	.006	.193	.036	.030	137

a. Dependent Variable: Resilience

2. ตัวแปรตามและค่าความคลาดเคลื่อนเป็นตัวแปรที่มีการแจกแจงแบบปกติ (Test of Normality) การทดสอบการแจกแจงของตัวแปรตามและค่าความคลาดเคลื่อน โดยวิธีการทดสอบสำหรับจะตรวจสอบด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov Test โดยมีระดับนัยสำคัญที่มากกว่า .05

ผลการทดสอบมีระดับนัยสำคัญหรือค่า Sig = น้อยกว่า .05 จำนวน 5 ตัวแปร แสดงว่าตัวแปรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบทฤษฎีแนวโน้มนำเข้าสู่ส่วนกลาง (Central Limit Theorem) ซึ่งระบุว่า สำหรับประชากรใด ๆ ถ้าเก็บตัวอย่างในจำนวนที่มากพอ การกระจายของค่าตัวอย่างดังกล่าวจะมีแนวโน้มใกล้เคียงกับการกระจายแบบธรรมชาติ (Normal Distribution) ซึ่งทฤษฎีแนวโน้มนำเข้าสู่ส่วนกลางระบุว่าจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ทำให้การแจกแจงเป็นแบบปกติ ควรมีมากกว่า 30 ตัวอย่าง (Bland & Altman, 1996) ซึ่งในงานวิจัย

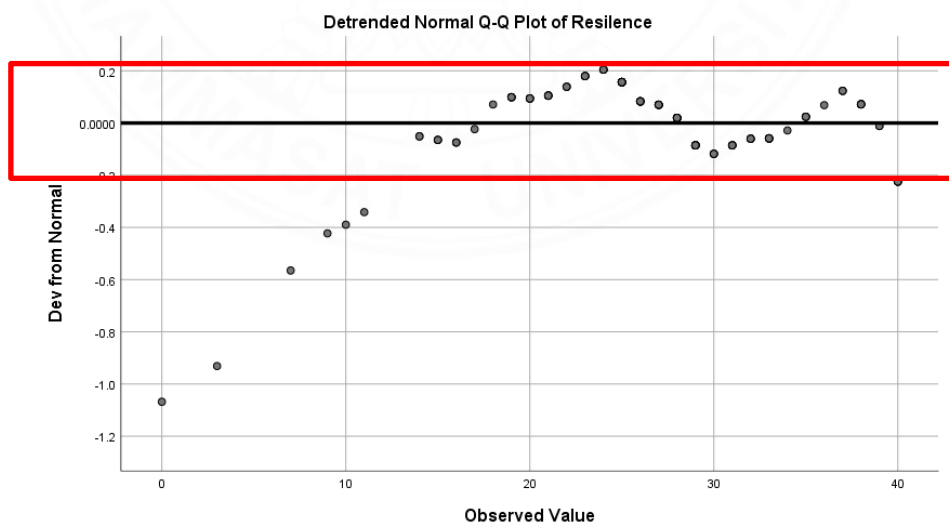
ครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด 137 ตัวอย่าง ถือว่าตัวแปรตามและค่าความคลาดเคลื่อนเป็นตัวแปรที่มีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution)

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Depressiontotal	.144	137	.000	.837	137	.000
Stress	.090	137	.009	.960	137	.001
Anxiety	.099	137	.002	.940	137	.000
Support	.091	137	.008	.974	137	.010
Behavior	.076	137	.053	.975	137	.012
Resilience	.109	137	.000	.964	137	.001

a. Lilliefors Significance Correction

3. ค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนเป็นค่าคงที่ที่ไม่ทราบค่า (Homoscedasticity) เพื่อทดสอบว่าค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนเป็นค่าคงที่ โดยพิจารณาแผนภาพการกระจาย Scatter Plot หากค่าความคลาดเคลื่อนเปลี่ยนแปลงใกล้ศูนย์ หรือมีการเปลี่ยนแปลงในช่วงแคบ แสดงว่า ค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการปัจจัยทำนายนั้นเป็นค่าคงที่

จากการพิจารณาแผนภาพการกระจาย Scatter Plot พบว่าค่าความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่ กระจายอยู่เหนือและใต้ระดับ 0 ซึ่งจากการกระจายตัวอยู่ในช่วงแคบ ไม่ว่าจะ Y จะเปลี่ยนแปลงไปใน ทิศทางใด ดังนั้นจึงสรุปว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนเป็นค่าคงที่



4. ค่าความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระกัน (Autocorrelation) เพื่อทดสอบว่าตัวแปรอิสระต้องเป็นข้อมูลที่ไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง หรือที่เรียกว่า การไม่เกิด Autocorrelation

โดยใช้ค่า Durbin-Watson ในการทดสอบว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์ภายใน ตัวเองหรือไม่ โดยมีเกณฑ์ในการวัดค่า Durbin-Watson ดังนี้

มีค่าอยู่ในช่วง 1.5 – 2.5 แสดงว่ามีความเป็นอิสระ

มีค่าอยู่ในช่วง 2.6 – 4.0 แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันในทิศทางลบ

มีค่าอยู่ในช่วง 0 – 1.4 แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวก

ทั้งนี้ ถ้าค่า Durbin-Watson มีค่าน้อยกว่า 1.5 และมากกว่า 2.5 แสดงว่าเกิด Autocorrelation หรือตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง ซึ่งจะทำให้การคำนวณในสมการการวิเคราะห์ความถดถอยพหุเชิงเส้นมีปัญหา

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				Sig. F Change	Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2		
1	.688 ^a	.473	.453	5.57474	.473	23.670	5	132	.000	1.895

a. Predictors: (Constant), Behavior, Anxiety, Support, Depressiontotal, Stress

b. Dependent Variable: Resilience

จากการพิจารณาค่า Durbin - Watson ในตารางพบว่า ค่า Durbin - Watson เท่ากับ 1.882 ซึ่งอยู่ระหว่าง 1.5 – 2.5 แสดงว่าตัวแปรอิสระที่นำมาใช้ในการทดสอบไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง

5. ตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์กัน (Multicollinearity)

เงื่อนไขข้อหนึ่งในการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) คือ ตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องเป็นอิสระกัน โดยการตรวจสอบเงื่อนไขนี้จะตรวจสอบโดยการใช้ค่าสถิติ Tolerance และ ค่า Variance Inflation Factor (VIF) ถ้าหากค่า Tolerance ของตัวแปรเข้าใกล้ 1 และมากกว่า .2 แสดงว่าตัวแปรเป็นอิสระจากกัน แต่ถ้าค่าใกล้ศูนย์ หรือน้อยกว่า .2 แสดงว่าเกิดปัญหา Multicollinearity และ ค่า Variance Inflation Factor หากมีค่าใกล้ 10 มากแสดงว่าระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระในสมการการวิเคราะห์ความถดถอยพหุเชิงเส้นมีมาก นั่นคือ เกิดปัญหา Multicollinearity และจากการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระพบว่าค่า Tolerance และ Variance Inflation Factor มีค่าดังนี้

Model	Coefficients ^a											Collinearity Statistics	
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Correlations					
	B	Std. Error				Beta	Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part		
												Tolerance	VIF
1 (Constant)	9.464	3.130		3.024	.003	3.272	15.655						
Depressiontotal	-.111	.035	-.325	-3.186	.002	-.179	-.042	-.428	-.268	-.203	.389	2.572	
Stress	-.189	.261	-.081	-.724	.470	-.706	.328	-.409	-.063	-.046	.323	3.098	
Anxiety	-.241	.138	-.194	-1.743	.084	-.515	.033	-.467	-.151	-.111	.327	3.062	
Support	.059	.052	.081	1.127	.262	-.044	.162	.340	.098	.072	.777	1.287	
Behavior	.225	.036	.459	6.186	.000	.153	.297	.393	.475	.393	.735	1.361	

a. Dependent Variable: Resilience

พบว่าค่าสถิติ Tolerance ของตัวแปรมีค่าไม่ใกล้ศูนย์ หรือมากกว่า .2 และ มีค่า Variance Inflation Factor มีค่าน้อยกว่า 10 ทุกตัว ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีระดับความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เป็นตัวแปรที่อิสระต่อกัน ซึ่งถือว่าระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวไม่ก่อให้เกิด Multicollinearity



ภาคผนวก ฉ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ในเบื้องต้นจะทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรในตัวแบบที่ใช้ในการศึกษา เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) ซึ่งเป็นปัญหาการมีสหสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระมากกว่า 2 ตัว ซึ่งการที่ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันในระดับที่สูง อาจส่งผลให้สมการตัวแบบที่ใช้ในการปัจจัยทำนายตัวแปรตามมีความคลาดเคลื่อน ดังนั้นจึงต้องตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระเพื่อให้แน่ใจว่า ตัวแปรอิสระสามารถคงอยู่ในสมการตัวแบบได้ โดยกำหนดสมมติฐานทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

H_0 : ตัวแปรสองตัวไม่มีความสัมพันธ์กัน

H_1 : ตัวแปรสองตัวมีความสัมพันธ์กัน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์จะพิจารณาจากค่า Sig. (2-tailed) หากค่า Sig. (2-tailed) มีค่าน้อยกว่า 0.05 แสดงว่าปฏิเสธ H_0 และยอมรับ H_1 ซึ่งสรุปได้ว่า ตัวแปรสองตัวมีความสัมพันธ์กันในทางตรงกันข้าม หากค่า Sig. (2-tailed) มีค่ามากกว่า .05 แสดงว่ายอมรับ H_0 และปฏิเสธ H_1 ซึ่งสรุปได้ว่า ตัวแปรสองตัวไม่มีความสัมพันธ์กัน หลังจากนั้นจึงจะทำการวิเคราะห์ระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยจะพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ตามเกณฑ์ต่อไปนี้ (อโนทัย ตรีวานิช, 2552)

เมื่อ r แทนค่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

$r < 0.20$ ระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรน้อย

$0.21 < r \leq 0.40$ ระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรค่อนข้างน้อย

$0.41 < r \leq 0.60$ ระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปานกลาง

$0.61 < r \leq 0.80$ ระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรค่อนข้างมาก

$r > 0.80$ ระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมาก



ภาคผนวก ช

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ความถดถอยพหุเชิงเส้น

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติอนุมานเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความถดถอยพหุเชิงเส้น (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบนำตัวแปรเข้าพร้อมกันทั้งหมด (Enter) มาใช้ในการทดสอบ โดยพิจารณาค่า p-value ของค่าสถิติ t สำหรับ ตัวแปรต่าง ๆ เทียบกับระดับนัยสำคัญที่กำหนด คือ .05 เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามทดสอบโดยใช้ตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค ICD 10 กลุ่มรหัสโรค คือ F32.0 – F33.9 ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ จำนวน 137 ราย

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.688 ^a	.473	.453	5.57474	.473	23.670	5	132	.000	1.895

a. Predictors: (Constant), Behavior, Anxiety, Support, Depressiontotal, Stress

b. Dependent Variable: Resilience

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3678.122	5	735.624	23.670	.000 ^b
	Residual	4102.262	132	31.078		
	Total	7780.384	137			

a. Dependent Variable: Resilience

b. Predictors: (Constant), Behavior, Anxiety, Support, Depressiontotal, Stress

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error				Beta	Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance
1	(Constant)	9.464	3.130		3.024	.003	3.272	15.655					
	Depressiontotal	-.111	.035	-.325	-3.186	.002	-.179	-.042	-.428	-.268	-.203	.389	2.572
	Stress	-.189	.261	-.081	-.724	.470	-.706	.328	-.409	-.063	-.046	.323	3.098
	Anxiety	-.241	.138	-.194	-1.743	.084	-.515	.033	-.467	-.151	-.111	.327	3.062
	Support	.059	.052	.081	1.127	.262	-.044	.162	.340	.098	.072	.777	1.287
	Behavior	.225	.036	.459	6.186	.000	.153	.297	.393	.475	.393	.735	1.361

a. Dependent Variable: Resilience

ประวัติผู้วิจัย



วัน เดือน ปีเกิด	18 พฤศจิกายน 25xx
สถานที่เกิด	อำเภอ/เขต เชียงใหม่ จังหวัด อุบลราชธานี
โทรศัพท์	088-128-xxxx...
E-mail Address	sirirat.non@dome.tu.ac.th....
คุณวุฒิ (Qualifications)	
ระดับปริญญาตรี (Bachelor's degree)	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	
1 เมษายน 2557- ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงใหม่