



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี



อัสมีรา มะเก

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี



อัสมีรา มะเก

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS INFLUENCING DEPRESSION AMONG THE ELDERLY IN THE TROUBLE
AREA PATTANI PROVINCE



ASMIRA MAKE

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

2023

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ อัสมีรา มะเก ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยบูรพา ได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทจุฑา ชัยเสนา คาลลาส)

..... ประธาน

(นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี)

..... กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนัดดา แนนเกษร)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทจุฑา ชัยเสนา คาลลาส)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนัดดา แนนเกษร)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของ
มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

62920050: สาขาวิชา: การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต; พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า/ สัมพันธภาพในครอบครัว/ การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง/การสนับสนุนทางสังคม/ ความเข้มแข็งทางใจ/ ผู้สูงอายุ

อัสมิรา มะเก : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี. (FACTORS INFLUENCING DEPRESSION AMONG THE ELDERLY IN THE TROUBLE AREA PATTANI PROVINCE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: จินห์จุกา ชัยเสนา ดาลลาส, Ph.D., ชนัดดา แนบเกษร, Ph.D. ปี พ.ศ. 2566.

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในอำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ที่มีคุณสมบัติตรงตามงานวิจัยกำหนด จำนวน 155 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น 2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า 4) แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว 5) แบบสัมภาษณ์การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง 6) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และ 7) แบบสัมภาษณ์ความเข้มแข็งทางใจ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม 2-7 อยู่ระหว่าง .80-.89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าระดับสูง ร้อยละ 75.5 และพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแปรการรับรู้เหตุการณ์รุนแรง ($\beta = .349 = .630, p < .001$) และ ตัวแปรความเข้มแข็งทางใจ ($\beta = .203, p < .05$) ตัวแปรดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 18.7 ($R^2 = .187, p < .05$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การรับรู้เหตุการณ์รุนแรงและความเข้มแข็งทางใจ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง ดังนั้นพยาบาล บุคลากรทางด้านสุขภาพและบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุควรรู้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตใจ โดยคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดีและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

62920050: MAJOR: PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING; M.N.S.
(PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING)

KEYWORDS: DEPRESSION/ FAMILY RELATIONSHIP/ PERCEIVED VIOLENCE
EVENTS/ SOCIAL SUPPORT/ RESILIENCE/ OLDER ADULTS

ASMIRA MAKE : FACTORS INFLUENCING DEPRESSION AMONG THE
ELDERLY IN THE TROUBLE AREA PATTANI PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE:
JINJUTHA CHAISENA DALLAS, Ph.D., CHANUDDA NABKASORN, Ph.D. 2023.

Depression is significant factor affecting the quality of life in older adults. The purpose of this research was to study factors influencing depression among the elderly in the trouble area, Pattani Province. Multi-stage random sampling was used to recruit 155 older adults in Maikaen District, Pattani Province who met the inclusion criteria. Data were collected from August to September 2021. Research instruments consisted of 1) Research instruments consisted of a Thai Mini-Mental State Examination; TMSE (TMSE) scale 2) Personal information record 3) Depression scale 4) family relationship interview 5) Perception of violent events interview 6) Social support interview and 7) Resilience interview. Cronbach's alpha reliabilities of the 2-7 questionnaires ranged from .80-.89. Data were analyzed by using descriptive statistics, and Stepwise multiple regression analysis.

The results showed that 75.5% percent of the samples was in high depression level. The predictive factors that significantly predicted depression included perception of violent events ($\beta = .349 = .630, p < .001$) and Resilience ($\beta = .203, p < .05$). These variables together explained 18.7 % of the variance in depression ($R^2 = .187, p < .05$).

The results confirm that perception of violent events and resilience influenced depression among older adults living in the trouble area. Therefore, nurses, health care providers, and the personnel who work with the elderly would concern about psychological care relying on those factors in order to promote mental health and prevent depression in the elderly.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนัดดา แนบเกษร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่ให้คำปรึกษา และแนะนำแนวทางต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความ ละเอียดถี่ถ้วน และให้ความเมตตา ปราบปรามแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ทำให้ ผู้วิจัยมีกำลังใจ มีความหวัง มุ่งมั่น และตั้งใจที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็น อย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบปากเปล่าวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้กรุณาให้ความรู้และ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ ทำให้ผู้วิจัย มีความเข้าใจในขั้นตอนต่าง ๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้กำลังใจจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลไม้แก่น จังหวัดปัตตานี รวมถึงผู้ช่วยวิจัย และ กำนันผู้ใหญ่บ้าน ที่อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบเครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณบิดานายปอซี มะเก และมารดานางอาสนา นิง มะเก รวมทั้ง ครอบครัวที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ด้วยความรัก และความปรารถนาดีมาตลอด ซึ่งเป็นกำลังใจ สำคัญตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์คุณประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็น กตัญญูทเวทิตาแด่ บุพการี บูรพาจารย์ ผู้มีพระคุณทุกท่านที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีความรู้ และประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

อัสมีรา มะเก

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉุ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์วิจัย	7
สมมุติฐานการวิจัย	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย	9
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี	11
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	19
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี.....	29
บทที่ 3 วิธีการดำเนินวิจัย	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	36
การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	40

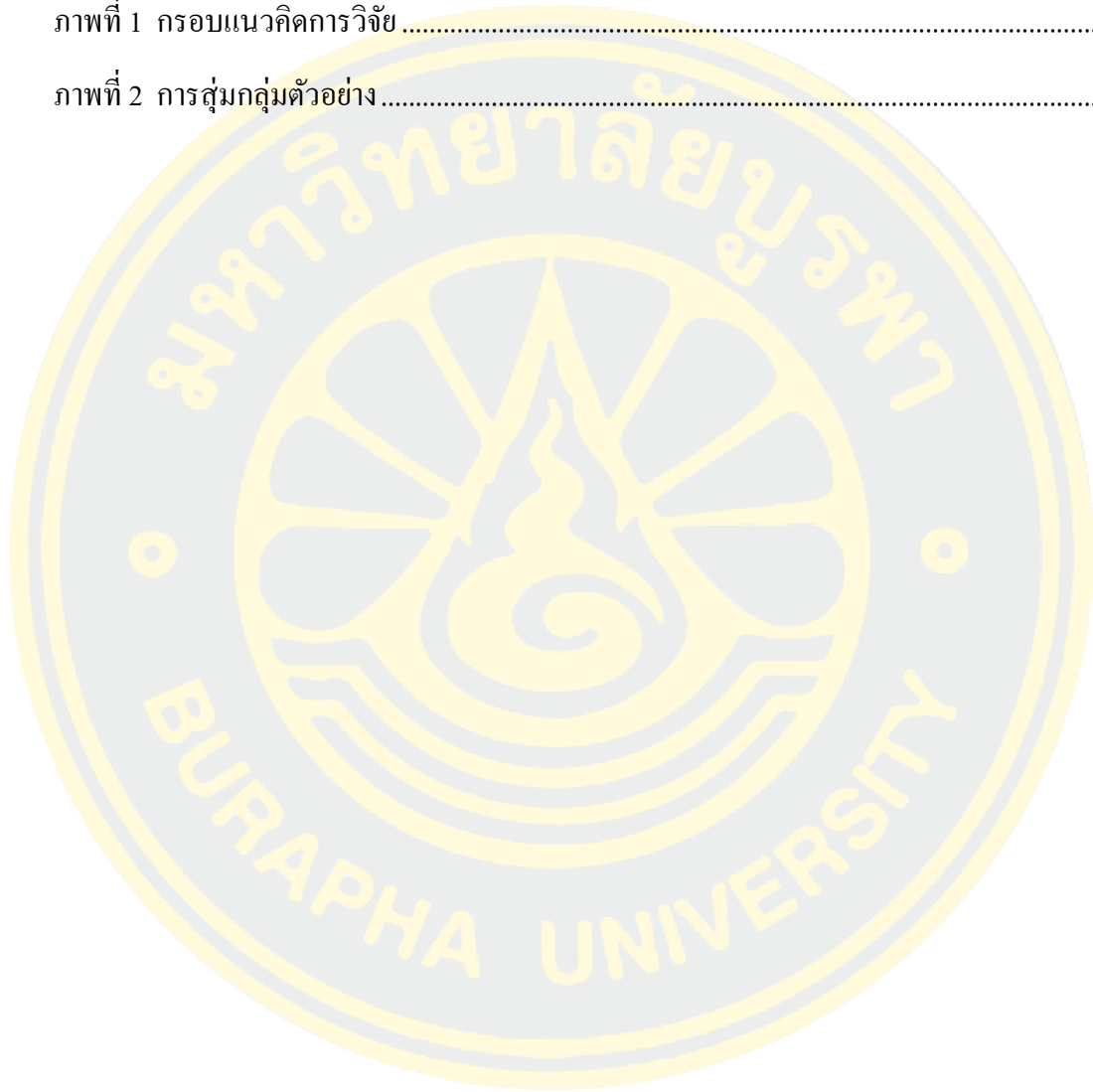
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย.....	44
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	45
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	48
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	48
ตอนที่ 2 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรที่ศึกษา.....	52
ตอนที่ 3 ข้อมูลภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง.....	52
ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี	53
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	56
สรุปผลการวิจัย.....	56
อภิปรายผลการวิจัย.....	57
ข้อเสนอแนะ.....	61
การทำวิจัยในครั้งต่อไป.....	61
บรรณานุกรม.....	63
ภาคผนวก.....	76
ภาคผนวก ก.....	77
ภาคผนวก ข.....	79
ภาคผนวก ค.....	98
ภาคผนวก ง.....	100
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	109

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 155$)	49
ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของตัวแปรที่ศึกษา คะแนนในภาพรวม	52
ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรที่ศึกษา คะแนนในภาพรวม ($n = 155$)	52
ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี ($n = 155$)	54
ตารางที่ 5 วิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 155$)	55

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	9
ภาพที่ 2 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	39



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสังคมไทยมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนนำไปสู่สังคมสูงอายุ (Aging society) จากการสำรวจการคาดการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลก พบว่า ปี ค.ศ. 2050 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 2 เท่าตัว โดยมีจำนวนกว่า 2,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรโลก และปี ค.ศ. 2100 ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะมีถึง 3,000 ล้านคน หรือร้อยละ 30 ของประชากรโลก (United Nations, 2018) ประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 10.7 ล้านคน หรือร้อยละ 15.28 ในปี พ.ศ. 2563 และในอีก 20 ปีข้างหน้า พ.ศ. 2573 จะเพิ่มมากกว่า 2 เท่าตัว คิดเป็นร้อยละ 25 ซึ่งถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิเทพฤทธิ์, วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล, 2554) ผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานี ซึ่งเป็นหนึ่งในจังหวัดที่เกิดเหตุการณ์รุนแรงชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย และพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมาก จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานี ในปี พ.ศ. 2563 พบประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.6 โดยคาดการณ์ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ. 2568 ร้อยละ 17.4 และในปี พ.ศ. 2573 ถึงร้อยละ 20.6 (สำนักงานสถิติจังหวัดปัตตานี, 2558) จากปัญหาจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้นดังกล่าว องค์การอนามัยโลกรวมถึงรัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญและมีมาตรการที่เน้นการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับประชากรสูงอายุ เพื่อสนับสนุนคุณภาพชีวิตและความมั่นคงในบั้นปลายของชีวิต (กรมสุขภาพจิต, 2561)

ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ อวัยวะในร่างกายส่วนใหญ่จะเกิดการเสื่อมถอยมากกว่าการเจริญเติบโต ด้านกายภาพและสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ที่เสื่อมลง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561) เช่น ด้านร่างกาย เกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบผิวหนังกล้ามเนื้อและกระดูก ด้านสมอง ทำให้หลงลืมได้ง่าย คิดช้า จากความเสื่อมทำให้มีความเจ็บป่วยทางกาย ส่งผลต่อสุขภาพก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ด้านจิตสังคม เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความพลัดพราก เสียชีวิตจากคนรัก ญาติ การสูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเอง ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวในการดำรงชีวิตอย่างมาก ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ผิดหวังต่อตนเอง รู้สึกไร้ค่า จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (กรมสุขภาพจิต, 2558)

ภาวะซึมเศร้าเป็นความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ที่เกิดจากการมีโครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนหรือมีความเชื่อที่ไร้เหตุผลแอบแฝงอยู่ในตัว และจะถูกกระตุ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นวิกฤติของชีวิต อาจเป็นเหตุการณ์ที่ใกล้เคียงกับที่บุคคลเคยประสบมาในอดีต โครงสร้างความคิดที่บิดเบือนหรือความเชื่อที่ไร้เหตุผลนั้นจะประเมินและแปลผลเหตุการณ์นั้น ไปในทางลบ (Cognitive traid) ทั้งต่อตนเอง ต่อเหตุการณ์ที่เผชิญ และต่ออนาคต (Beck, 1997) ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ ไม่รู้ว่าตนเองมีภาวะซึมเศร้า แต่มักมาพบแพทย์ด้วยอาการเจ็บป่วย ไม่สุขสบายทางกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หรืออาการไม่สุขสบายอื่น ๆ ซึ่งเป็นลักษณะที่แสดงออกของภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุ ที่ต่างจากวัยผู้ใหญ่ (ประสมสุข ศรีแสนปาง, 2561) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี ค.ศ. 2017 พบสถิติการเกิดภาวะซึมเศร้าทั่วโลก ประมาณ 322 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก (World Health Organization, 2017) ข้อมูลของประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่สามารถเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มประชากรในวัยอื่น โดยสามารถพบได้มากถึงร้อยละ 10-13 และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปพบเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.6 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในยุโรปและอเมริกาเหนือพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมากที่สุดร้อยละ 19.47 (Volkert et al., 2013)

เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี เป็นความไม่สงบของพื้นที่ดังที่ปรากฏเป็นข่าวมาอย่างต่อเนื่อง เหตุการณ์รุนแรงเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งถือเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยที่มีต่อเนื่องยาวนาน ไม่ว่าจะเป็นการยิง การวางระเบิด การวางเพลิง ก่อความสถานการณ์ เป็นต้น ล้วนทำให้มีผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรงเป็นจำนวนมาก สูญเสียทั้งทรัพย์สิน บุคลากรเจ้าหน้าที่ และบุคคลอันเป็นที่รัก ถึงแม้ว่าบางเหตุการณ์ไม่พบการสูญเสีย แต่เหตุการณ์รุนแรงทำให้สภาพจิตใจของคนในพื้นที่ได้รับความกระทบกระเทือนได้มากเช่นกัน (ศรีสมภพ จิตรภิรมย์ศรี, 2560) ซึ่งผลกระทบต่อผู้ประสบเหตุการณ์รุนแรง ทำให้เกิดผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา (พิทักษ์พล บุญยามาลิก และคณะ, 2552) เหตุการณ์รุนแรงในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ดังกล่าว ส่งผลกระทบหลาย ๆ ด้าน เช่น ด้านจิตใจที่พบในกลุ่มทั่วไป เช่น ซ็อก ขาดการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม หรือสิ่งกระตุ้น สับสน อารมณ์เฉยชา ไม่แจ่มใส และหวาดกลัวเพราะรู้สึกเหมือนอยู่ในเหตุการณ์นั้นตลอดเวลา หลีกเลียงสถานที่หรือสถานการณ์ที่เคยประสบเหตุ และหลีกเลียงสถานที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ (เพชรดาว โตะมีนา, 2556) ซึ่งในทางการแพทย์เรียกอาการเหล่านี้ว่า ความผิดปกติภายหลังภัยอันตราย (Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) เป็นความผิดปกติทางจิตใจภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ซึ่ง

ลักษณะและประเภทของภัยอันตราย ต้องมีความรุนแรงมากพอที่ทำให้เกิดอาการและปัญหาในการปรับตัว (Videbeck, 2020) เป็นลักษณะที่คุกคามต่อชีวิตจนทำให้เกิดความกลัว ความหวาดหวั่น รู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ นอกจากนี้ผู้ประสบภัยที่รอดชีวิต จะเห็นเหตุการณ์ความเสียหายอย่างมาก เห็นผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต เช่นจากการก่อการร้าย จลาจล การข่มขืน การทารุณกรรม การปล้น การลักพาตัว การเผชิญสงคราม หรืออาจเกิดจากการแจ้งข่าวร้ายเกี่ยวกับโรคที่คุกคามชีวิต (Lopez-Ibor et al., 2005) จากข้อมูลความผิดปกติดังกล่าวข้างต้น หากเกิดกับผู้สูงอายุ และ ไม่ได้รับการดูแลเยียวยา หรือได้รับการรักษาในทางที่เหมาะสม อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ความวิตกกังวล นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาผลกระทบด้านจิตใจและวิถีชีวิตของครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรงที่มาจากความไม่สงบชายแดนได้ พบว่า ผลกระทบต่อสุขภาพจิต คือ ปัญหาความโศกเศร้า เสียใจจากการสูญเสีย จึงต้องได้รับความช่วยเหลือและเยียวยา จนกว่าครอบครัวจะสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ (อภิรัฐ บุญศิริ, 2559) และการศึกษาของ North et al. (1999) จากผู้รอดชีวิตในเหตุการณ์ลอบวางระเบิดที่เมืองโอกาโฮมา ในอเมริกา พบว่า ร้อยละ 22.5 ของผู้รอดชีวิต ได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้า

ผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ที่มีผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรง เป็นกลุ่มบุคคลที่สังคมควรให้ความสำคัญ จากรายงานปัญหาผู้สูงอายุชายแดนใต้ พบว่า สถานการณ์ความรุนแรงทำให้คนวัยแรงงานจำนวนหนึ่งเสียชีวิต ผู้สูงอายุจึงขาดคนดูแล หรือในบางกรณีผู้สูงอายุอาจเป็นผู้ดูแลบุตรหลานที่ทุพพลภาพจากการถูกทำร้าย ความรุนแรงทำให้ประชาชนอีกส่วนหนึ่งมีความวิตกกังวลในเรื่องความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน จึงตัดสินใจ อพยพไปอยู่ในจังหวัดอื่นที่ปลอดภัยมากกว่า แต่ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งมีแนวโน้มไม่อพยพตามบุตรหลาน แต่มีความต้องการอาศัยพำนักอยู่ในพื้นที่ต่อไป เนื่องจากผู้สูงอายุมีความผูกพันและคุ้นเคยกับสภาพสังคมในพื้นที่อย่างยาวนาน และเมื่อบุตรหลานอพยพออกไปหมดจึงทำให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพัง (พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต, 2556) ดังนั้นจากสถานการณ์เหตุการณ์รุนแรง ผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานี เป็นกลุ่มหนึ่งที่ต้องเผชิญกับปัญหาความรุนแรง ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจนส่งผลต่อสภาวะจิตใจ อาจมีความเครียด ความวิตกกังวล หากปรับตัวไม่เหมาะสมนำไปสู่การเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าได้

ผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี เมื่อมีการปรับตัวต่อความเครียด เพื่อเผชิญต่อสถานการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้น เมื่ออธิบายเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart Stress Adaptation Model [SSAM](Stuart, 2014) ซึ่งกล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของบุคคล 6 องค์ประกอบ คือ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม (Biological-psychological-sociological factors) ที่ประกอบกันเป็นองค์รวมไม่สามารถแยกจากกันได้ 2) ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) เป็น

ปัจจัยภายนอกที่เข้ามาคุกคามและส่งผลต่อผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้พลังอย่างมาก หรือหาวิธี เพื่อจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่คุกคามจึงเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด 3) การประเมิน ความเครียด (Appraisal of stressors) เป็นการประเมินของผู้สูงอายุต่อความเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้ ผู้สูงอายุต้องใช้พลังงานที่มากเกินไปในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นนั้น จึงส่งผลให้เกิดความ ตึงเครียดและนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตอื่นได้ 4) แหล่งทรัพยากรเผชิญปัญหา (Coping resources) เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุไปสู่ทางเลือก ได้แก่ ศักยภาพของบุคคล เช่น ความสามารถ สถิติปัญญา ความรู้ ทักษะ กลไกการป้องกันตนเอง และแรงจูงใจ สุขภาพของบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ทรัพย์สินและความเชื่อทางบวกของบุคคล 5) กลไกการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา (Coping mechanism) ซึ่งอาจใช้วิธีการแสดงออกทั้งทางสร้างสรรค์ เช่น การหาที่ปรึกษา พยายามใช้ศักยภาพ ของตนเองในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมหรือเชิงทำลาย เช่น เก็บกด โทษตนเอง เป็นต้น 6) ความต่อเนื่องของการตอบสนองต่อความเครียด (Continuum of coping response) ซึ่งขึ้นอยู่กับ ลักษณะของความเครียด การรับรู้ต่อสถานการณ์ และการวิเคราะห์ได้ตรงกับแหล่งทรัพยากร และกลไกการเผชิญปัญหาที่ผู้สูงอายุเลือกใช้ หากผู้สูงอายุปรับตัวได้ (Adaptive) จะส่งผลให้เกิด ความเครียดลดลง ไม่มีควมวิตกกังวล และมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่ถ้าผู้สูงอายุที่ ปรับตัวได้ไม่เหมาะสม (Mal-adaptive) จะทำให้ความเครียดเพิ่มมากขึ้น วิตกกังวล สับสน เก็บกด ความรู้สึก มีพฤติกรรมแยกตัว มองตนเองในด้านลบ มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน นำไปสู่การเกิดภาวะ ซึมเศร้าหรือฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดการปรับตัวต่อความเครียดของ SSAM การศึกษาครั้งนี้ ออกแบบการศึกษาโดยคัดสรรมา 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ เป็นปัจจัย สนับสนุนให้ผู้สูงอายุประาะบาง หรือความเข้มแข็งที่ส่งผลต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิต 2) การ ประเมินความเครียด เป็นการประเมินความเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุ หาก ผู้สูงอายุประเมินว่ามีความคุกคามต่อชีวิต จะทำให้เกิดความตึงเครียด วิตกกังวล หมดหวัง ไร้ค่า และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ และ 3) แหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหา ซึ่งมาจากทั้งภายในบุคคล และภายนอกตัวบุคคล เป็นสิ่งที่ช่วยสร้างทางเลือกในการปรับตัวต่อความเครียดจากสถานการณ์ รุนแรงที่เกิดขึ้น ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์สถานการณ์รุนแรงในอำเภอไม้ แก่น จังหวัดปัตตานีที่เกิดขึ้นจนถึงปัจจุบัน และแนวคิดการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart (2014) การศึกษานี้จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานี ตามแนวคิดการปรับตัวต่อความเครียดของ SSAM ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ด้านจิตสังคมได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินความเครียด ได้แก่ การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง และแหล่ง ทรัพยากรในการเผชิญปัญหา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และความเข้มแข็งทางใจ

สัมพันธภาพในครอบครัว ตามแนวความคิดการปรับตัวต่อความเครียดของ SSAM เป็นปัจจัยนำ ด้านจิตสังคม ในการค้นหาปัจจัยนำจะทำให้เห็นความเปราะบางและความอ่อนแอของบุคคลหรือ ความเข้มแข็งที่ส่งผลต่อการปรับตัว (Stuart, 2014) ซึ่งมีความสำคัญเนื่องจากสัมพันธภาพใน ครอบครัวเป็นระบบแห่งความสัมพันธ์ เป็นการให้และรับความรัก จนเกิดความรู้สึกไว้วางใจ ถ้า พัฒนาหรือดำเนินไปอย่างไม่เหมาะสม ก็จะก่อให้เกิดความทุกข์ใจ สัมพันธภาพในครอบครัวจึง ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของบุคคลอย่างมาก เพราะทำให้บุคคลเกิดความสุข ความมั่นคงทางใจ หรือ อาจเกิดความทุกข์และความเปราะบางด้านจิตใจ (Friedman, 1986) หากสมาชิกในครอบครัวที่มี สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะทำให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอย่างมีความสุข มีกำลังใจ มองปัญหาต่าง ๆ ด้วย เหตุผล ในการแก้ปัญหา สามารถปรับตัวกับปัญหาต่าง ๆ ไม่เกิดความเครียด และไม่ก่อให้เกิดภาวะ ซึมเศร้า แต่ถ้าครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน ทำให้ผู้สูงอายุอาจจะรู้สึกหมดคุณค่า เกิด อารมณ์เครียด รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง ไม่มีพลังในการดำเนินชีวิตต่อไป อาจจะมีโอกาสเกิดภาวะ ซึมเศร้า (สายพิน ยอดกุล และจิตภินันท์ ศรีจักร โครตร, 2557) จากการศึกษาสัมพันธภาพใน ครอบครัวของ สิริภัทธรา จุฑามณี, สมบัติ ประทีภย์กุลวงศา, และเพชร ไพลิน พิบูลนิธิเกษม (2561) พบว่า ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .27, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรัญญา นามวงศ์, เอกพันธ์ คำภีระ, คอย ละอองอ่อน และวัชร ไซยจันดี (2561) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมี ความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ($r = -.193, p < .001$) ดังนั้น สัมพันธภาพในครอบครัวน่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานการณื เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี

การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง ตามแนวความคิดการปรับตัวต่อความเครียดของ SSAM เป็นปัจจัยที่ สำคัญต่อปัญหาสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง เพราะการ ประเมินว่าเหตุการณ์ส่งผลทางลบและคุกคาม จะทำให้เกิดความเครียดและแสดงออกมาในด้าน ต่างๆ ได้แก่ การตอบสนองด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม และด้านสังคม (Stuart, 2014) หากผู้สูงอายุประเมินว่าความเครียดที่รุนแรงและคุกคาม ส่งผลให้เกิดความเครียด วิดกกังวล นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ การศึกษาในประเทศไทย ของ มารีนิ สแลแม (2551) พบว่าผู้ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัวจากสถานการณ์ความรุนแรง อำเภอ กะพ้อ จังหวัด ปัตตานี มี ปัญหาทางจิตสูงถึงร้อยละ 100 โดยพบอาการวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ จากการศึกษาในต่าง ประเทศของ Hobfoll, Canetti-Nisim, and Johnson (2006) ศึกษาประสบการณ์ความรุนแรงจาก เหตุการณ์ก่อการร้ายในประเทศอิสราเอล พบว่า ผู้ที่ประสบเหตุการณ์ก่อการร้ายของชาวอิสราเอลมี ภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Jensen (1996) ศึกษาผลกระทบด้านจิตใจจากเหตุการณ์

ความรุนแรงในชุมชน พบว่า ผลกระทบด้านจิตใจจากเหตุการณ์ความรุนแรงในชุมชนเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการรับรู้เหตุการณ์รุนแรงในจังหวัดปัตตานี จึงน่าจะมีอิทธิพลต่อการประเมินความเครียดของผู้สูงอายุที่ไม่เหมาะสม อาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า

การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวความคิดการปรับตัวต่อความเครียดของ SSAM เป็นปัจจัยด้านแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาภายนอกตัวบุคคล ที่บุคคลนำมาใช้ในการจัดการกับความเครียดหรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น (Stuart, 2014) โดยการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนและคนสำคัญอื่น ๆ ในสังคม ในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และเครื่องมือสิ่งของบริการ ช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยด้านแหล่งทรัพยากรการเผชิญปัญหาภายนอก ที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อความเครียด และเผชิญปัญหาจากสถานการณ์รุนแรงได้ ไม่ส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพจิตจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาในต่างประเทศของ Harada et al. (2018) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และการศึกษาของ Golden et al. (2009) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยจะเป็นตัวกระตุ้นที่เพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ การศึกษาในประเทศไทยของ ช่อผกา สุทธิพงษ์ และศิริอรลินธุ (2558) และการศึกษาของ มุจรินทร์ พุทธิเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.385, p < .05, r = -.331, p = .000$) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่น่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี

ความเข้มแข็งทางใจ ตามแนวความคิดการปรับตัวต่อความเครียดของ SSAM เป็นปัจจัยด้านแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาภายในตัวบุคคล (Stuart, 2014) ซึ่งความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถภายในตัวบุคคลในการตอบสนองต่อปัญหาและอุปสรรคด้วยเจตคติทางบวก เป็นสิ่งที่จะช่วยให้บุคคลยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางภาวะการณ์อันเลวร้าย หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด พร้อมทั้งสามารถนำพาชีวิตตนเองให้ผ่านพ้น รวมถึงการรับมือกับผลกระทบที่เกิดจากภาวะการณ์นั้นได้ในเวลารวดเร็ว นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในการตอบสนองต่อปัญหาและอุปสรรคด้วยเจตคติทางบวก มีสติ และสามารถฟันฝ่าและเอาชนะปัญหาได้ (Grotberg, 1995) ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง มีความเข้มแข็งภายในจิตใจ จะเป็นเหมือนเกราะป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุมีความอดทนต่อการเผชิญปัญหาไม่หลีกเลี่ยง พยายามหาหนทางแก้ไขปัญหา และเชื่อว่าจะผ่านพ้นสถานการณ์ไปได้ จึงส่งผลให้เกิดกำลังใจ ไม่เกิดความเครียดจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ ความเข้มแข็งทางใจเป็นตัวแปรที่มีการใช้

หลากหลายชื่อ เช่น ความแข็งแกร่งในชีวิต ความยืดหยุ่นในชีวิต พลังสุขภาพจิต เป็นต้น แต่ในการศึกษานี้ใช้คำว่า ความเข้มแข็งทางใจ จากการศึกษาในต่างประเทศ ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ในประเทศแคนาดา พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการรุนแรงขึ้น คือ การที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจในระดับต่ำ (Heisel, 2006) การศึกษาในประเทศไทย ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ ปุณิกา กิตติคุณนันท์, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และ โสภณ แสงอ่อน (2562) พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.204, p < .001$) ดังนั้นความเข้มแข็งทางใจ เป็นปัจจัย ซึ่งน่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานี เนื่องจากเหตุการณ์รุนแรงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ซึ่งผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรงส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยเพียงลำพังจากบุตรหลานย้ายที่อยู่อาศัยเพื่อความปลอดภัย และผู้สูงอายุเป็นวัยที่เสื่อมลงในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านจิตใจ เมื่อผู้สูงอายุอาศัยเพียงลำพังอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความหวาดกลัว ความโดดเดี่ยว การใช้ชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ต้องระมัดระวังมากขึ้น เหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัว หากปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ความวิตกกังวล นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ และจากการศึกษาที่ผ่านมา ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง ดังนั้นการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่ทำการศึกษปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานี

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง

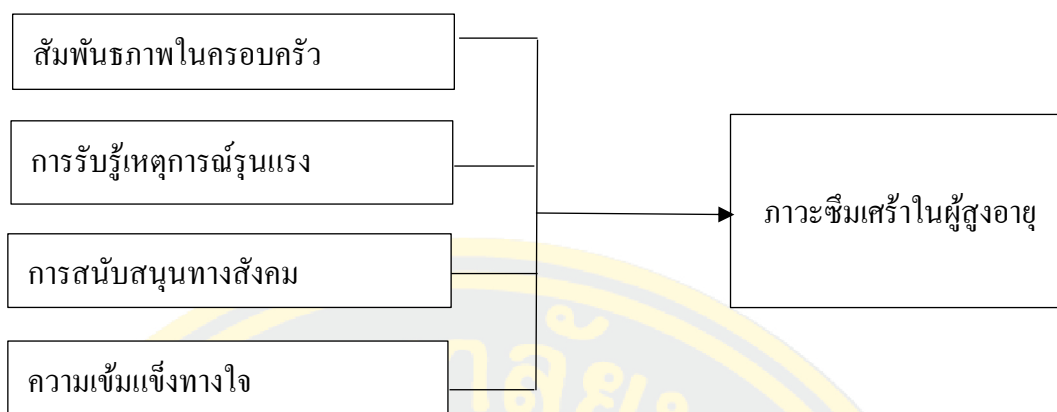
จังหวัดปัตตานี ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งทางใจ

สมมุติฐานการวิจัย

สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งทางใจ สามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์ความรุนแรงจังหวัดปัตตานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการเกิดภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart Stress Adaptation Model [SSAM] ซึ่งอธิบายถึงปัจจัยต่อความเครียด ภาวะสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า (Stuart, 2014) ผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง ในจังหวัดปัตตานี ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากสิ่งกระตุ้นต่อความเครียด คือ สถานการณ์รุนแรงและเป็นอันตราย ผู้สูงอายุจะมีประเมินความเครียดว่ารุนแรง หรือคุกคาม และส่งผลต่อความผาสุกของตนเองหรือไม่ และตอบสนองต่อความเครียดนั้นออกมาทางด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านสังคม ตามระดับของการประเมินนั้น ๆ ผู้สูงอายุจะพยายามใช้กลไกต่าง ๆ ในการปรับตัว เพื่อเผชิญปัญหา ถ้าปรับตัวในเชิงสร้างสรรค์ (Constructive) เช่น การหาที่ปรึกษา พยายามใช้ศักยภาพของตนเองในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมหรือเชิงทำลาย (Destructive) เช่น เก็บกด โทษตนเอง เป็นต้น สำหรับผู้สูงอายุที่มีการปรับตัวได้ (Adaptive) จะส่งผลให้เกิดความเครียดลดลง ไม่มีความวิตกกังวล และสุขภาพจิตที่ดี แต่ถ้าผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้ไม่เหมาะสม (Mal-adaptive) จะทำให้ความเครียดเพิ่มมากขึ้น วิตกกังวล สับสน เก็บกดความรู้สึก มีพฤติกรรมแยกตัว มองตนเองในด้านลบ มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหรือฆ่าตัวตายได้ ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ตามแนวคิดของ Stuart Stress Adaptation Model [SSAM] ประกอบด้วย ปัจจัยนำ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินความเครียด คือ การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง และแหล่งทรัพยากรการเผชิญปัญหา คือ การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งทางใจ ดังแสดงในกรอบแนวคิด ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงอำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่พักอาศัยและขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในอำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ซึ่งตัวแปรที่ทำการศึกษาคือตัวแปรต้น ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง การสนับสนุนทางสังคม และความเข้มแข็งทางใจ ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงในพื้นที่ อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การที่ผู้สูงอายุแสดงอาการ ความแปรปรวนทางความคิด อารมณ์ทางกาย และ พฤติกรรม เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย มีความคิดว่าตนเอง ไม่มีคุณค่า มองโลกในแง่ร้าย แยกตัวออกจากผู้อื่น อาจมีความคิดหรือพฤติกรรมทำร้ายตนเอง สามารถประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของ บุษราคัม จิตอารีย์ (2555) ที่พัฒนามาจาก The Beck Depression Inventory: BDI (1961)

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวรอบตัว ที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว เช่น การทำกิจกรรมร่วมกัน การประคับประคองทางจิตใจ การแก้ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว เป็นต้น ในการศึกษานี้ได้ใช้

แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวของ บุษราคัม จิตอารีย์ (2555) ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของฟริดแมน Friedman (1986)

การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุอันเนื่องมาจากการการสูญเสีย หรือเป็นการรับรู้ชีวิตและทรัพย์สินรวมถึงครอบครัวของตนเองตกอยู่ในอันตราย ถูกคุกคาม เป็นการประเมินจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรง รวมถึงความคิด ความรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์ความรุนแรงที่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน ในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง ของ จิระสุข สุขสวัสดิ์ (2554) ซึ่งแปลเป็นไทยและพัฒนามาจาก Hollifield et al. (2005)

ความเข้มแข็งทางใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุถึงความสามารถในการปรับตัว หลังจากเผชิญกับภาวะวิกฤตหรือการสูญเสีย และสามารถฟื้นกลับสภาพจิตใจ และเกิดการยอมรับ ทำให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) I have (ฉันมี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้มีความเข้มแข็งในชีวิิต 2) I am (ฉันเป็น...) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล 3) I can (ฉันสามารถ...) เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สามารถประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ความเข้มแข็งในชีวิิตของ อุษณีย์ บุญบรรจบ และเพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ (2561) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Grotberg (1995)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุถึงความรู้สึกใคร่ ผูกพัน ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ทั้งจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญอื่น ๆ และข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ สามารถประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ ยศยง จันทรวงศา (2558) ซึ่งแปลเป็นไทยและพัฒนามาจากแนวคิดของ Zimet et al. (1988)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่ เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี

- 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
- 1.2 การแบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุ
- 1.3 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
- 1.4 ผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

- 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
- 2.2 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
- 2.3 อาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
- 2.4 ปัจจัยและสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า
- 2.5 การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

3. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตามแนวคิดการปรับตัวของ Stuart Stress Adaptation

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัด

ปัตตานี

- 4.1 สัมพันธภาพในครอบครัว
- 4.2 การรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์รุนแรง
- 4.3 การสนับสนุนทางสังคม
- 4.4 ความเข้มแข็งทางใจ

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี

1. ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ ได้ให้ความหมายว่า "ผู้สูงอายุ" หมายถึง ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยาม นับตั้งแต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัย

โลก ยังไม่มีการให้นิยามผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่าประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมีการนิยามผู้สูงอายุต่างกัน ทั้งนิยาม ตามอายุเกิด ตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional markers) เช่น ในประเทศที่เจริญแล้วมักจัดผู้สูงอายุ นับจากอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือบางประเทศอาจนิยามผู้สูงอายุ ตามอายุกำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกาย โดยผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 45-55 ปี ส่วนชายสูงอายุอยู่ในช่วง 55-75 ปี และยังคงกำหนดความสำคัญของผู้สูงอายุในเรื่องของ บทบาท การให้ความสำคัญและบทบาท โดยกำหนดวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปีเป็นวันผู้สูงอายุสากล (กรมสุขภาพจิต, 2562)

ประชากรผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่ผ่านการฉลองวันเกิดอายุ 60 ปี ซึ่งมีเพิ่มขึ้นทุก 2 วินาที ปัจจุบันนี้สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หญิง:ชาย อยู่ที่ 100:84 ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป หญิง:ชาย อยู่ที่ 100:61 ผู้ชายและผู้หญิงมีประสบการณ์ในวัยสูงอายุที่แตกต่างกัน ความสัมพันธ์ทางเพศ สภาพกำหนดวิถีชีวิต ตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยสูงอายุ มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงทรัพยากร และ โอกาสพร้อมทั้งมีผลกระทบที่ต่อเนื่องและสะสมในเรื่องของสุขภาพ และการใช้ชีวิต (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ: UNFPA, 2560)

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งเป็นเงื่อนไขให้ทางนโยบายของประเทศชาติ ได้กำหนดแนวทางในเรื่องของการดูแล ติดตาม และการประเมินผลในเรื่องสุขภาพกับการคุ้มครองการส่งเสริม และการสนับสนุนสถานภาพ บทบาท และกิจกรรมของผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562)

โดยสรุปผู้สูงอายุจะเป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องพบกับ การเปลี่ยนแปลงมากมาย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทั้งนี้ในช่วงวัยสูงอายุนั้นยังสามารถจำแนกแยกระดับของ ความสูงอายุ อย่างไรก็ตามด้วยความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญจะนำไปสู่โอกาสในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยสูงอายุนั้น ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะการนอน ปัญหาทางด้านสมอง เป็นต้น โดยปัญหาต่าง ๆ นั้นล้วนมีสาเหตุทั้งจากตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัวของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาความหมายของคำว่าผู้สูงอายุข้างต้น แสดงให้เห็นว่ามีการใช้คำว่าผู้สูงอายุ คนชรา และผู้อาวุโสในลักษณะต่าง ๆ กันไป แต่สำหรับการศึกษากครั้งนี้ ได้ยึดความหมายของ ผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์ด้านอายุเป็นตัวกำหนด คือ “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง

2. การแบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุ

การแบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุ โดยการใช้เกณฑ์อายุ (Living in an ageing world) ในการแบ่ง สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ , 2557)

2.1 ผู้สูงอายุตอนต้น (Young-old) ได้แก่ อายุ 60-69 ปี คือผู้ที่เพิ่งเริ่มเข้าสู่วันสูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในกลุ่มนี้ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และยังมีความแข็งแรงอยู่ แต่บางคนมักจะมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดัน การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะเน้นที่การป้องกันโรคต่าง ๆ และการประเมินความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรค

2.2 ผู้สูงอายุตอนกลาง (Middle-age old) ได้แก่ อายุ 70-79 ปี ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เริ่มมีโรคประจำตัวที่เยอะขึ้นมากกว่ากลุ่มแรก แม้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักจะมีการพยายามที่จะพึ่งพาตัวเองให้ได้มากที่สุด แต่คงทำได้น้อยลงเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุกลุ่มแรก การดูแลสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เพื่อให้คงความสุขในการใช้ชีวิต ปัญหาสุขภาพที่พบเจอมากในผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ ปัญหาเข่าเสื่อม และปัญหาเรื่องของข้อที่ติดขัด

2.3 ผู้สูงอายุตอนปลาย (Old-old) ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงคนอื่นสูง ต้องได้รับการดูแลจากคนอื่น เนื่องจากความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองส่วนใหญ่จะน้อยลงมาก การดูแลผู้สูงอายุในช่วงนี้จะเน้นการสื่อสารข้อมูลให้กับผู้ดูแล แต่จะไม่สื่อสารโดยตรงกับผู้สูงอายุ เพราะการให้ข้อมูลควรเน้นไปที่ผู้ดูแลเพื่อให้สามารถดูแลผู้ปวยได้อย่างถูกวิธี

3. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ เป็นช่วงรอยต่อของชีวิตซึ่งเปลี่ยนจากวัยกลางคน เข้าสู่วัยสูงอายุทำให้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นไปในลักษณะเสื่อมถอย มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกายในด้านใดด้านหนึ่งหรือหลาย ๆ ด้าน ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและการดำเนินชีวิตประจำวันต่อไปได้

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ อวัยวะในร่างกายส่วนใหญ่ จะเกิดการเสื่อมถอยมากกว่าการเจริญเติบโต ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพและสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

3.1.1 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง พบว่า ผิวหนังของผู้สูงอายุจะเหี่ยวย่น เนื่องจากน้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลงผิวหนังบางลง ความชุ่มชื้น การยืดหยุ่นลดลง ผิวหนังจะแห้งแตกง่าย จึงเกิดแผลได้ง่าย นอกจากนี้ผิวหนังของผู้สูงอายุจะมีความทนทานต่อความร้อนและเย็นลดลง เนื่องจากการทำงานของตัวรับการกระตุ้นที่ผิวหนัง และการไหลเวียนเลือดปลายทางลดลง

ต่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดเล็กลงการขับเหงื่อจึงไม่ดี จึงมักเป็นลมแดด ผมและขนมีจำนวนน้อยลงสีขนจางลงจนกลายเป็นสีขาวผมร่วงและขาดง่าย เนื่องจากการไหลเวียนโลหิตไปยังบริเวณหนังศีรษะลดลงและเส้นผมได้รับอาหารไม่เพียงพอ

3.1.2 การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท พบว่า เซลล์สมองและเซลล์ประสาทของผู้สูงอายุจะมีจำนวนลดลงประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลงทำให้ความไวต่อความรู้สึกและการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวช้า คิดช้า ความจำในเรื่องราวใหม่ ๆ ไม่ดีเท่ากับความจำในเรื่องราวในอดีต ความสามารถในการคำนวณการคิดวิเคราะห์ลดลง อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว ทำงานไม่สัมพันธ์กัน

3.1.3 การเปลี่ยนแปลงระบบกล้ามเนื้อและกระดูก พบว่า ผู้สูงอายุจะมีกระดูกที่เปราะและหักง่าย กระดูกอ่อน บริเวณข้อต่าง ๆ บางและเสื่อมลง น้ำไขข้อลดลงทำให้ได้ยินเสียงแกรบแกรบขณะเคลื่อนไหว การเคลื่อนไหวของข้อไม่สะดวก และเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง การเคลื่อนไหวแต่ละครั้งช้าลง เนื่องจากระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อแต่ละครั้งจะใช้เวลาานาน

3.1.4 การเปลี่ยนแปลงระบบการไหลเวียนโลหิต พบว่า ผู้สูงอายุจะมีอัตราการเต้นของหัวใจจะลดลงและกล้ามเนื้อของหัวใจมีความไวต่อสิ่งเร้าลดลงปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง ความยืดหยุ่นลดลง ทำให้เปราะและแตกง่ายเกิดรอยฟกช้ำได้ง่าย

3.1.5 การเปลี่ยนแปลงระบบหายใจ พบว่า ผู้สูงอายุจะมีความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงและกำลังของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าและออกลดลง การกำจัดสิ่งแปลกปลอมในระบบทางเดินหายใจไม่ดี เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจง่ายการทำงานของฝาปิดกล่องเสียงไม่ดี ทำให้เกิดการสำลักได้ง่าย

3.1.6 การเปลี่ยนแปลงระบบย่อยอาหาร พบว่า ฟันที่สึกกร่อนของผู้สูงอายุจะมีมากขึ้น ฟันหลุดร่วงง่าย ทำให้มีปัญหาในการรับประทานอาหาร เมื่อมีปัญหาของการรับประทานอาหารทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาในเรื่องขาดสารอาหาร มีการติดเชื้อในปากง่ายขึ้น การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง และมีขนาดใหญ่ขึ้น เนื่องจาก กล้ามเนื้อของหลอดอาหารและคอหอยอ่อนกำลังลง และมีมือการอาหารในกระเพาะอาหารไหลย้อนกลับขึ้นมาในหลอดอาหาร ทำให้รู้สึกแสบยอดอก

3.1.7 การเปลี่ยนแปลงระบบขับถ่าย พบว่า ความจุและตึงตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและกล้ามเนื้อกระเพาะ ปัสสาวะอ่อนกำลังลงทำให้มีปัสสาวะค้างมาก ภายหลังการขับถ่ายปัสสาวะ ทำให้รู้สึกปวด ปัสสาวะบ่อย การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้

ใหญ่ไม่ดีทำให้เกิดภาวะท้องผูกได้ง่าย และมีปัญหาในเรื่องของกล้ามเนื้อหรือกระดูกที่มีการหย่อนตัวทำให้ไม่สามารถกั้นอุจจาระได้

3.1.8 การเปลี่ยนแปลงระบบสืบพันธุ์ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงรังไข่จะฝ่อลง มดลูกมีขนาดเล็กลงและเยื่อบุภายในมดลูกบางลงช่องคลอดมีสภาพเป็นด่างมากขึ้นทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อง่าย อวัยวะภายนอกเหี่ยวแห้งเพราะไขมันใต้ผิวหนังลดลง

3.1.9 การเปลี่ยนแปลงระบบไร้ท่อ พบว่า ผู้สูงอายุในการผลิตฮอร์โมนต่าง ๆ ภายในร่างกายจะลดน้อยลง อวัยวะสืบพันธุ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและโครงสร้าง ทั้งเพศหญิงและเพศชายฮอร์โมนเอสโตรเจนจะหยุดผลิตและหลังน้อยลง

3.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ ในผู้สูงอายุการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย มีอิทธิพลต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ และเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุ (กรมสุขภาพจิต, 2558) ได้แก่

3.2.1 ด้านบุคลิกภาพ ผู้สูงอายุจะมีบุคลิกภาพไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์การยอมรับของสังคม สถานการณ์ที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัวผู้สูงอายุ และการรับรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น

3.2.2 ด้านการเรียนรู้ พบว่า การเรียนรู้ของผู้สูงอายุจะลดลงมาก โดยสิ่งที่ผู้สูงอายุเรียนรู้ได้ดีและเร็วคือการเรียนรู้เฉพาะอย่าง โดยไม่ไปเร่งรัดเป็นการเรียนรู้อย่างช้า ๆ และใช้ประสบการณ์ชีวิตในการเรียนรู้

3.2.3 ด้านความจำ พบว่า ผู้สูงอายุจะจำเรื่องในอดีตได้ดี และมีความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ ๆ ลดลง การช่วยให้ผู้สูงอายุมีความจำที่ดีขึ้นคือการปฏิบัติซ้ำ ๆ และต้องเป็นลำดับขั้นตอน

3.2.4 ด้านการรับรู้ข้อมูลและการนำความรู้สู่การปฏิบัติ พบว่า ในส่วนนี้จะเกี่ยวเนื่องมาจากการเสื่อมของร่างกาย เช่น ประสิทธิภาพของสมองที่ทำงานได้น้อยลง ทำให้ความจำสั้นลงตามไปด้วย

3.2.5 ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะคิดว่าตนเองไม่สามารถฟังฟังได้แล้ว จึงรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองได้ลดลง

3.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (Sociological change) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม มีความเกี่ยวข้องต่อภาวะด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทางสังคม จึงมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุโดยตรง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมมักเกี่ยวข้องกับเรื่องของบทบาททางสังคมที่เคยมีตำแหน่ง และมีความเคารพนับถือ แต่เมื่ออายุมากขึ้นการลดลง

บทบาทลง ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองหมดความสำคัญลงในสังคม และมีความรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองเริ่มเป็นภาระของคนในครอบครัว หากผู้สูงอายุที่มีสภาพร่างกายไม่ค่อยสมบูรณ์การเคลื่อนไหวร่างกายที่ช้าลง ทำให้การติดต่อกับเพื่อนฝูงลดลงไปด้วย และในปัจจุบันจากสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันและค่าครองชีพที่สูงขึ้น ผู้สูงอายุที่ขาดรายได้ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิต (กรมสุขภาพจิต, 2558)

จากนิยามการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุเกิดจากความเสื่อมถอย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ในการศึกษานี้การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง พบการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม กล่าวคือ พบประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทุก ๆ ปี นอกจากนี้การมีสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงแตกต่างจากสังคมเดิมที่เคยอาศัยอยู่อย่างสงบสุขในอดีต เหตุการณ์รุนแรงทำให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ ดำเนินชีวิตที่ต้องระมัดระวังตัวมากขึ้น ไม่ไว้ใจกัน ต้องหลีกเลี่ยงชุมชนที่มีการรวมตัว เพราะมักจะเกิดเหตุการณ์รุนแรง เช่น ถูกวางระเบิด ลอบยิง วางเพลิง ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ จากสถานการณ์รุนแรงพบว่า คนวัยทำงานอพยพออกไปทำงานต่างถิ่น ที่มีความปลอดภัยมากกว่า แต่ผู้สูงอายุมีความผูกพันกับพื้นที่จึงไม่อพยพออกไปด้วย ทำให้ผู้สูงอายุอาศัยเพียงลำพัง ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวในผู้สูงอายุจึงเป็นวัยที่น่าเป็นห่วงต่อการเกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจ จนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงในชุมชนแห่งนี้

4. ผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี

ผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี มีลักษณะพิเศษที่มีความแตกต่างจากประชากรสูงอายุส่วนอื่นในประเทศไทย เนื่องจากจังหวัดปัตตานีมีเอกลักษณ์เฉพาะตัว เพียงพร้อมด้วยแหล่งประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีที่หลากหลาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิม ศาสนาอิสลาม ใช้ภาษาท้องถิ่นมลายู (ภาษาวิ) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่นิยมการศึกษา วิถีชีวิตผู้สูงอายุส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำสวนยางพารา ทำนา ประมง และค้าขาย การดำเนินชีวิตแบบพอเพียง ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (วัลย์ลักษณ์ ทรงศิริ, 2559) เมื่อเกิดเหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานีพบการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมาย สถานการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นมีเป้าหมายที่จะสร้างความหวาดระแวง ความกลัว และความวิตกกังวล ลักษณะเหตุการณ์จึงเป็นการก่อเหตุการณ์รุนแรงในสถานที่แหล่งชุมชนต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บและอันตรายต่อชีวิตของประชาชน รวมถึงผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงมากขึ้นและมีความถี่ของการเกิดเหตุการณ์รุนแรงรายวันเพิ่มขึ้น (Lim, Choonpradud, Tongkumchum, & Chesoh, 2009) ผลกระทบจากสถานการณ์ความรุนแรงในจังหวัดปัตตานี พบการเกิดเหตุการณ์รุนแรงจำนวน 6,279 ครั้ง (ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้, 2560) สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศไทยโดยรวม โดยเฉพาะการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมซึ่งเกิดจากการขาดความเชื่อมั่นต่อ

ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน (Smaho, Kuning, Tongkumchum, & Kitavorn, 2012) ประชาชนในพื้นที่จึงเกิดความหวาดกลัวต่ออันตรายที่เกิดขึ้นกับตนเองและบุคคลใกล้ชิดได้ตลอดเวลา ต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตจากปกติ เปลี่ยนแปลงอาชีพ ไม่สามารถร่วมทำกิจกรรมทางสังคม ประเพณีวัฒนธรรม และกิจกรรมทางศาสนาได้ตามปกติ การดำเนินชีวิตจึงเผชิญกับความไม่มั่นคง ไม่แน่นอน เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา (สมชาย จักรพันธ์, 2553) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ประชาชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้ต้องประสบกับความเครียดเรื้อรังมาเป็นระยะเวลาหลายปี เนื่องจากต้องอาศัยอยู่ในพื้นที่เช่นเดิม พบเจอเหตุการณ์รุนแรงอย่างสม่ำเสมอ เสี่ยงต่อความปลอดภัย และถูกจำกัดของพื้นที่ส่งผลต่อสภาพจิตใจอย่างต่อเนื่องและยาวนานกว่าเหตุการณ์ทั่วไป (สรวงสุดา เจริญวงศ์, วินิกายุจน์ คงสุวรรณ, และมุสลิมห์ โต๊ะกานี, 2548)

ผลกระทบด้านร่างกายของกลุ่มทั่วไป พบว่า จากรายงานสถานการณ์ความรุนแรงและความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของศูนย์การเฝ้าระวัง พบว่า มีผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ดังกล่าวทั้งที่เสียชีวิตและได้รับบาดเจ็บรวมกันถึง 13,571 คน (ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้, 2560)

ผลกระทบด้านจิตใจของกลุ่มทั่วไป พบอาการดังเช่น ซ็อก ขาดการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งกระตุ้น สับสน อารมณ์เฉยชา ไม่แจ่มใสร่าเริง ตกใจและหวาดกลัว (Hyperarousal) รู้สึกเหมือนอยู่ในเหตุการณ์นั้นตลอดเวลาตกใจกลัว (Flashback) และหลีกเลี่ยง (Avoidance) กลัวสถานที่หรือสถานการณ์ที่ประสบเหตุ หวาดกลัวสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ และหลีกเลี่ยงไม่กล้าเผชิญกับสิ่งเร้า หลัง 4 สัปดาห์แล้วยังมีอาการเหล่านี้อยู่ จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (เพชรดาว โต๊ะมินา, 2556) นอกจากนี้ผู้ที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ดังกล่าว มีโอกาสเกิดโรคทางจิตเวชอีกหลายโรค ได้แก่ โรคแพนิค (Panic disorder) โรคประสาทวิตกกังวล (Generalized anxiety disorder) และภาวะซึมเศร้า ข้อมูลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ในกลุ่มประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ มีผู้ที่ต้องติดตามดูแลจำนวน 4,854 ราย ร้อยละ 9 หรือจำนวน 450 ราย แพทย์วินิจฉัยว่า เป็นโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เช่น นอนไม่หลับ กระวนกระวาย เห็นภาพเหตุการณ์หลอน ตกใจง่าย ต้องรับประทานยาควบคุมอาการ และมีร้อยละ 22 หรือ 1,087 ราย เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและฆ่าตัวตาย ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตเหล่านี้เป็นปัญหาที่บั่นทอนต่อคุณภาพชีวิตของผู้ได้รับความรุนแรงจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (สถาบันราชานุกูล, 2554) นอกจากนี้จากสถานการณ์ความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ยังส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมคือ ความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต และ

การดำเนินชีวิตของบุคคล ตัวอย่าง เช่น การประกอบศาสนกิจทางศาสนาต้องมีการปรับเปลี่ยนเวลา เป็นเวลาบ่ายแทนที่จะเป็นตอนเย็นหรือหัวค่ำอย่างที่เคยปฏิบัติ (ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้, 2560)

ผลกระทบต่อผู้สูงอายุ จากรายงานปัญหาผู้สูงอายุชายแดนใต้ จากสถานการณ์ความรุนแรงส่งผลให้คนวัยแรงงานจำนวนหนึ่งเสียชีวิต ผู้สูงอายุจึงขาดคนดูแล หรือในบางกรณีผู้สูงอายุ อาจต้องกลายมาเป็น ผู้ดูแลบุตรหลานที่ทุพพลภาพจากการถูกทำร้ายเสียเอง ความรุนแรงยังทำให้ ประชาชน อีกส่วนหนึ่งมีความวิตกกังวลในเรื่องความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน จึงตัดสินใจ อพยพไปอยู่ในจังหวัดอื่นที่ปลอดภัยมากกว่า แต่ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งมีแนวโน้มไม่อพยพตามบุตร หรือญาติของตนเองไปด้วย กลับมีความต้องการอาศัยพำนักอยู่ในพื้นที่ต่อไป เนื่องจากผู้สูงอายุมี ความผูกพันและคุ้นเคยกับสภาพสังคมในพื้นที่อย่างยาวนาน และเมื่อบุตรหลานอพยพออกไปหมด จึงทำ ให้ต้องอยู่ตามลำพัง (พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต, 2556)

ดังนั้นผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานีก็เช่นเดียวกับผู้สูงอายุกลุ่ม ทัวไป ในการเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางด้านต่าง ๆ ที่เชื่อมโยงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แต่ จะแตกต่างจากกลุ่มอื่นตรงที่การเผชิญปัญหาในการประสบเหตุการณ์รุนแรงในพื้นที่ อาจก่อให้เกิด ความเครียด ความวิตกกังวล ต่อสถานการณ์อันเลวร้าย และเกิดการสูญเสียในชีวิต แต่ในขณะเดียว กัน สภาพอารมณ์ จิตใจของผู้สูงอายุที่มีความประปราย ส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียสมดุล ไม่เกิด ความสอดคล้องของร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดสภาพทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ ง่าย และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การเก็บตัวอยู่คนเดียว นอนไม่หลับ วิตกกังวลเป็นต้น ผู้สูงอายุ ต้องเผชิญกับความเครียดหรือภาวะทางสุขภาพจิตที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสมดุล ไม่เกิด ความสอดคล้องของร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องค้นหาวิธีการจัดการกับความ เครียด ซึ่งผู้สูงอายุจะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดทั้งด้านสรีรวิทยา ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสังคม และความพยายามในการจัดการกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด ทั้ง การจัดการความคิด การแก้ปัญหา หรือการใช้แหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาในการจัดการ ความเครียด การแก้ปัญหา หรือแก้ไขสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ จะสามารถให้ผู้สูงอายุ ปรับตัวได้อย่างเหมาะสม แต่ในทางกลับกัน ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นได้ ส่งผลให้ มีการปรับตัวไม่เหมาะสมจนนำไปสู่การเกิดภาวะสุขภาพจิตหรือเกิดภาวะซึมเศร้า

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

1. ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า เป็นอาการผิดปกติทางอารมณ์ รู้สึก ท้อแท้ สิ้นหวัง มีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้หลากหลาย เช่น

เบ็ค (Beck, 1997) อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม เกิดจากการเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต ทำให้เกิดลักษณะความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ทำให้มีการแสดงออกโดยการดำหนิและลงโทษตนเอง ประเมินว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ และสิ่งกระตุ้น พยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์การต่าง ๆ มีกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียความรู้สึกทางเพศ และสิ้นหวัง

กระทรวงสาธารณสุข (2562) ได้กล่าวไว้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ โดยมีอาการหลักดังนี้ อารมณ์เศร้า ท้อแท้ ซึมหงอย ทั้งที่ตัวเองรู้สึกหรือคนอื่นสังเกตเห็น เกิดอาการเบื่อ ไม่อยากทำอะไรหรือทำอะไรแล้วไม่เพลิดเพลินเหมือนเดิม ผิดปกติจากอาการเดิม ๆ มากรวมถึงอาการเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากเกินไป เมื่ออาการเหล่านี้หนักขึ้นอาจมีการคิดที่ไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือการทำร้ายตนเอง แต่อาการเหล่านี้ต้องเกิดขึ้นเป็นเวลานานเกือบจะทั้งวัน และต้องติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หากไม่ได้รับการรักษาจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของจิตใจ โดยมีภาวะซึมเศร้าร่วมกับขาดความเคารพตนเอง

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า คือภาวะจิตใจที่ท้อแท้ หม่นหมอง หดห้วง เศร้าสร้อย หดหู่ จนมีผลกระทบต่อสภาพร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ไม่สนใจกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยกระทำ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ เป็นต้น

2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นการแสดงออกในลักษณะของอารมณ์ ความรู้สึก ความนึกคิด ด้านพฤติกรรมที่แสดงออกทางลบเกี่ยวกับตนเอง เกิดอาการแสดงต่าง ๆ ได้แก่ ใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดห้วง พลังงานลดลง รู้สึกผิดและไร้ค่า ไม่สนใจกิจกรรม ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในสิ่งต่าง ๆ ลดลง ทำให้เสียความสามารถในความรับผิดชอบ และการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันต่าง ๆ มีพฤติกรรมถดถอย แยกตัว หรือหมกมุ่น แต่เรื่องของตนเอง ถ้ามีอาการมากอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองได้ และถือเป็นการเจ็บป่วยทางจิตชนิดหนึ่งที่ต้องสนองต่อความผิดหวัง ความสูญเสียหรือการถวิลหาสิ่งที่ขาดหายไป เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มีความสุข เช่น ผู้สูงอายุอาศัยเพียงลำพัง เนื่องจากบุตรหลานต้องย้ายถิ่นไปทำงานที่

อื่น อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว และรู้สึกว่าตัวเองไร้ประโยชน์ หรือแม้กระทั่งการที่ต้องสูญเสียคนใกล้ชิด หรือบุคคลอันเป็นที่รัก หากผู้สูงอายุปรับตัวได้ไม่เหมาะสม เกิดความรู้สึกไม่อยากจะทำอะไร หรือพบเจอใคร ซึ่งทำให้เกิดความเครียดและส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และขณะเดียวกันสำหรับผู้สูงอายุบางคน ที่อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นลบ คนในครอบครัวไม่สนใจ ไม่มีสังคม ไม่มีเพื่อนคุย อาจส่งผลต่ออาการทางกาย เช่น รับประทานอาหารได้น้อยลง หรือรับประทานอาหารมากเกินไป นอนไม่หลับ หรือนอนเยอะผิดปกติ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีเรี่ยวแรง ความสนใจในเรื่องต่าง ๆ ลดน้อยลง เบื่อหน่ายไม่อยากจะทำอะไร และมักจะโทษตัวเอง มองโลกในแง่ร้าย ไม่เป็นมิตรกับใคร ขาดการเข้าสังคม ภาวะซึมเศร้าดังกล่าวมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุมาก ทำให้คนรอบข้างต้องมีการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นด้วยการสังเกตอาการของผู้สูงอายุในครอบครัว อีกทั้งผู้สูงอายุต้องดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองไม่ให้ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า (นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ จึงมีโอกาสที่เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าบุคคลกลุ่มวัยอื่น ๆ จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต สถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 2 ต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา และสาเหตุการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ คือ อาการซึมเศร้า ซึ่งหากไม่ได้รับการบำบัดจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ (กรมสุขภาพจิต, 2561) จากการศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ พบปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยประเทศไทย พบ ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน พบความชุก ร้อยละ 25.61 โดยในเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 7.32 ในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 18.29 (วิจิตร แผ่นทอง, 2563) ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Smith, Segal, and Robinson (2017) ความชุกของโรคซึมเศร้าในต่างประเทศอยู่ในช่วง ร้อยละ 1.8-24.1 และการที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับการช่วยเหลือด้านสังคม และด้านอื่น ๆ ทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสูงขึ้น (Ahn, Kim, & Zhang, 2017)

3. อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

เบ็ค (Beck, 1997) กล่าวว่า อาการที่สำคัญของภาวะซึมเศร้ามีลักษณะ 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotional) บุคคลมีอารมณ์เศร้า มีความรู้สึกด้านลบต่อตนเอง ความพึงพอใจในตนเองลดลง สูญเสียความผูกพันทางอารมณ์ ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ ปฏิเสธตอบสนองต่อความร่าเริงต่าง ๆ ลดลง
2. ด้านปัญญา (Cognitive) บุคคลมีการประเมินตนเองต่ำ เช่น คิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรไม่สำเร็จ ไม่มีความสามารถ มองโลกในแง่ร้าย มีความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคตในทางลบ รู้สึก

สิ้นหวัง มีการตำหนิและวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง หรือรู้สึกว่าจะตนเองจะต้องถูกตำหนิและลงโทษ ขาดความมั่นใจในตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ มีการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้มองภาพลักษณ์ตนเองบิดเบือนไป

3. ด้านแรงจูงใจ (Motivation) เมื่อบุคคลเริ่มมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นนั้น บุคคลจะมีความคิด การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดเชิงซ้ำ ความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง ไม่กระตือรือร้นในชีวิต บุคคลรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ แต่ไม่เข้าใจและไม่สามารถจัดการได้ จึงทำให้เกิดความกังวลใจมากขึ้น เพราะไม่ทราบสาเหตุ และจะพยายามฝืนตัวเองในการกระทำต่าง ๆ แต่ก็ทำไม่ได้ ประกอบกับความจำและสมาธิลดลง มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นสูงจึงทำให้บุคคลขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่างๆ ต่อไป ส่งผลให้รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคม ทำให้เกิดความคิดอยากตายได้

4. ด้านร่างกาย (Physical) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า มักมีอาการเหล่านี้ คือ อยากทานอาหารลดลง น้ำหนักลด หรืออาจรับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่ม นอนหลับยาก แบบแผนการนอนผิดปกติ ขาดความสนใจเรื่องเพศ เพราะเชื่อว่าตนเองเจ็บป่วยทางกาย เนื่องจากผู้มีอาการซึมเศร้ามักมีอาการทางกายร่วมด้วย ซึ่งจะเกิดกับอวัยวะทุกระบบ อาการที่พบบ่อย เช่น ปวดท้อง ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ปวดศีรษะ และ เจ็บหน้าอก เป็นต้น บางคนรู้สึกว่ามีน้ำหนักลดลง ผู้ป่วยจะบ่นว่าเพลียมากจนไม่อยากเคลื่อนไหว

สรุปได้ว่า อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุแบ่งเป็นด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น อารมณ์หดหู่ ผิดหวัง ซึมเศร้า ด้านการแสดงออกทางความคิด คือมีทัศนคติที่บิดเบือนต่อตนเอง ด้านการแสดงออกทางแรงจูงใจ แรงจูงใจที่ลดลงในเรื่องของครอบครัว เพื่อน และด้านการแสดงออกทางกาย เช่น เชื่องช้าลง นอนไม่หลับ นอนหลับยากขึ้น

4. ปัจจัยและสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ปัจจัยเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลไกการเกิดภาวะซึมเศร้า สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ หลายทฤษฎีทั้งที่เกี่ยวข้องทางจิตอารมณ์และเกี่ยวข้องกับทางร่างกาย รวมถึงทฤษฎีการสูงอายุ ได้แก่

4.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ อาจเกิดจากการบกพร่องทางพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น หรืออาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สมดุลของสารสื่อประสาท ได้แก่ ซีโรโทนิน (Serotonin) นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) และ โดปามีน (Dopamine) ต่ำกว่าปกติ ทำให้การควบคุมการทำงานของของผู้สูงอายุลดลง โดยแสดงอาการทางร่างกาย คือการนอนหลับยากขึ้น ความอยากในการรับประทานอาหารลดลง มีสมาธิที่สั้นลงส่งผลให้เกิดอารมณ์หงุดหงิดมากยิ่งขึ้น พฤติกรรมส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (Vacarolis, 2018) จากการศึกษาพันธุกรรมมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าไม่ว่าจะเป็นการศึกษาในครอบครัว พบว่า มีสมาชิกป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาก

เท่าใด ยิ่งเพิ่มโอกาสที่บุตรนั้นจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากขึ้น (Sadock & Sadock, 2000)

4.2 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม การสูญเสียบทบาททางสังคม โดยที่ผู้สูงอายุบางคนเคยมีตำแหน่ง และมีการเคารพนับถือในสังคม หลังจากที่เปลี่ยนบทบาทลง เป็นเพียงแค่สมาชิกคนหนึ่งในสังคมเท่านั้น ทำให้รู้สึกถึงความไร้ค่าของตนเอง เสียความภาคภูมิใจ การสูญเสียการสมาคมกับสังคมทั้งครอบครัวและเพื่อนฝูง หรือเมื่อผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพจนทำให้เคลื่อนไหว ไม่สะดวก (สุจริต สุวรรณชีพ และคณะ, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การมีสัมพันธภาพกับครอบครัวที่ดี ($r = .126, p < .001$) เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะ ซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 (วิจิตร แผ่นทอง, 2563) ดังนั้นการขาดการสนับสนุนทางสังคม การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด เป็นปัจจัยที่สำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ชีวิต ญาติสนิท เพื่อน รวมทั้งบุตรหลานเป็นการสูญเสีย อย่างหนึ่งของผู้สูงอายุจะต้องเผชิญและหากปรับตัวไม่ได้ ต่อการสูญเสียจะส่งผลต่อสภาพจิตใจและการดำเนินชีวิตประจำวันบกพร่องได้

4.3 ปัจจัยด้านจิตวิทยา จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Sigmund Freud และ Karl Abraham ที่กล่าวถึงความรู้สึกโกรธหันเข้าหาตนเอง (Anger turned inward) ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีประสบการณ์ของความเศร้าโศกที่เก็บกดไว้ตั้งแต่วัยเด็กอาจเนื่องจากการสูญเสียทั้งที่เป็นจริงหรือจินตนาการ และเมื่อบุคคลมีการสูญเสียเกิดขึ้นจะเกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายเป็นความขัดแย้งของจิตไร้สำนึกของความต้องการกับแรงผลักดันทำให้บุคคลรู้สึกผิด บาป ลังเล ไม่แน่ใจ มีความรู้สึกรักและเกลียดสิ่งที่สูญเสียไป แต่ไม่สามารถโต้ตอบหรือแสดงออกมาได้ จึงเก็บความรู้สึกผิดเอาไว้ เมื่อเขาไม่สามารถทนต่อความรู้สึกผิดได้จะผันความโกรธนั้นเข้าหาตนเอง เหมือนการลงโทษตนเอง เกิดเป็นอารมณ์ซึมเศร้าได้ และจากทฤษฎีทางจิตสังคมของ Erikson (Erikson's theory) กล่าวถึงพัฒนาการผ่านไปในแต่ละช่วงวัยได้สำเร็จจนถึงระยะที่ 8 ได้ บุคคลจะรู้สึกชื่นชมกับชีวิตที่ผ่านมา มีความสุขมั่นคง มีความพอใจในชีวิต รู้สึกว่าตนประสบผลสำเร็จ เกิดความสุขสงบทางใจ สามารถยอมรับได้ว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ถ้าบุคคลไม่สามารถผ่านเข้าสู่พัฒนาการตามวัยในแต่ละระยะ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะรู้สึกท้อแท้ ห่อเหี่ยว สิ้นหวัง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า

สรุปได้ว่า ปัจจัยของการเกิดภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็นด้านต่าง ๆ เช่น ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านจิตวิทยา เช่น ความผิดปกติของสารสื่อประสาทและสูญเสียที่เกิดขึ้นอย่างทันที การขาดความสัมพันธ์ที่ดีของคนในครอบครัว

5. การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงต้องใช้หลายวิธีการทั้งการสังเกตอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม การซักประวัติจากผู้สูงอายุ การซัก ถามผู้ดูแล/ ครอบครัว การประเมินจิตสังคม การรวบรวมข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาและยาที่ได้รับ รวมถึงการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง สำหรับแนวทางการประเมินมีดังนี้ (ประสมสุข ศรีแสนปาง, 2561)

- ประเมินอาการ/ อาการแสดงของภาวะซึมเศร้า/ ภาวะสมองเสื่อม
- ประเมินด้วยแบบคัดกรอง/ ประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- การประเมินปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
- ตรวจร่างกายทั่วไปและระบบประสาท
- ประเมินการเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Ranna Parekh, 2015) เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ตาม DSM-V

- A. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 อาการ ที่เปลี่ยนไปจากเดิมในช่วงไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ โดยอย่างน้อยต้องมีอาการดังข้อ 1 หรือ 2 อย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้
1. มีอารมณ์เศร้าแทบทั้งวัน เกือบทุกวัน (เช่น รู้สึกเศร้า ว่างเปล่า สิ้นหวัง) จนตัวเองรับรู้ได้ หรือคนอื่นสังเกตเห็น (เช่น ร้องไห้อย่างมาก)
 2. ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมปกติที่เคยทำทั้งหมด หรือแทบจะทั้งหมดลดลงอย่างมาก แทบทั้งวัน เกือบทุกวัน (จนตัวเองรับรู้หรือ คนอื่นสังเกตเห็นได้)
 3. น้ำหนักลดลง หรือเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยไม่เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร (เปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน) หรือเบื่ออาหาร หรืออยากอาหารมากขึ้นเกือบทุกวัน
 4. นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ เกือบทุกวัน
 5. การเคลื่อนไหวช้าลง หรือกระสับกระส่าย อยู่ไม่สุข เกือบทุกวัน จนคนอื่นสังเกตเห็นได้
 6. เหนื่อย อ่อนเพลีย หรือไม่มีแรงเกือบทุกวัน
 7. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดมากเกินไป ไม่สมเหตุผลเกือบทุกวัน
 8. ความสามารถในการคิด หรือสมาธิ หรือการตัดสินใจลดลงเกือบทุกวัน (จนตัวเองรับรู้หรือ คนอื่นสังเกตเห็นได้)

9. มีความคิดเรื่องการตายซ้ำๆ หรือคิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีการวางแผนที่จะฆ่าตัวตาย

B. อาการเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยทุกข์ ทรมาน หรือการทำหน้าที่ทางสังคม หน้าที่ การงานบกพร่อง

C. อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย สารเสพติด หรือยารักษาโรค

D. อาการ ไม่ได้เกิดจากโรคจิตเภทหรือ โรคจิตอื่น ๆ เช่น Schizoaffective disorder, Schizophreniform disorder, Delusion disorder เป็นต้น

E. ไม่เคยมีอาการในระยะ Mania หรือ Hypomania

(หมายเหตุ ต้องพิจารณาแยกจากปฏิกิริยา ของความโศกเศร้าเสียใจต่อการสูญเสียบุคคล หรือสิ่ง อันเป็นที่รัก (Bereavement) ซึ่งอาจมีความโศกเศร้า รุนแรง แต่อาการที่เกิดขึ้นยังเหมาะสมกับความ สูญเสีย ที่เกิดขึ้นตามบริบทของวัฒนธรรมนั้น)

แบบประเมินที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินที่ใช้ในผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลประกอบการวินิจฉัย และให้การดูแล สามารถพิจารณาใช้ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ (ประสมสุข ศรีแสนปาง, 2561)

1. การประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า ใช้แบบคัดกรองซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ซึ่งมี หลายภาษาให้เลือกใช้ตามบริบท หากตอบว่ามี ในข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ แปลผลว่า มีความ เสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็น โรคซึมเศร้า

2. การประเมินระดับของภาวะซึมเศร้า สามารถใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) หรือแบบ ประเมิน KGU-DI10 หรือแบบประเมินโรค ซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ซึ่งสามารถแปลผลว่า ปกติหรือมีอาการซึมเศร้าระดับน้อย ปานกลาง หรือ รุนแรง หากผลการประเมินพบว่ามีอาการซึมเศร้าระดับใดก็ตาม หรือประเมินด้วยแบบประเมินโรค ซึมเศร้า 9 คำถาม แล้วได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัว ตายด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

3. การประเมินภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีทั้งภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม สิ่ง ที่แสดง ให้เห็นจึงอาจไม่สามารถแยกว่าเป็นภาวะซึมเศร้าหรือภาวะสมองเสื่อมได้อย่างชัดเจน สามารถประเมินโดย ใช้แบบทดสอบสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย :MMSE-Thai 200211 หาก พบว่าคะแนน MMSE อยู่ในเกณฑ์ปกติ อาจประเมินต่อด้วย Montreal Cognitive Assessment (MoCA) เพื่อคัดกรองภาวะ mildcognitive impairment

4. แบบประเมินอาการซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory [BDI]) เป็นแบบประเมินของ Beck et al. (1961) สร้างขึ้นครั้งแรกในปีค.ศ. 1961 ใช้ชื่อว่า Beck Depression Inventory (BDI) วัตถุประสงค์ของแบบประเมินนี้คือ เพื่อวัดอาการแสดงออกในพฤติกรรมต่าง ๆ ของอาการซึมเศร้าใช้เป็นมาตรฐานในการประเมินความรุนแรงของอาการ ซึมเศร้าเพื่อจะติดตามการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของอาการซึมเศร้า หรือเพื่ออธิบายถึงลักษณะ อาการเจ็บป่วยของอาการซึมเศร้า ข้อคำถามในแบบประเมินนี้ได้จากการสังเกตผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า ระหว่างการทำจิตบำบัดมีคำถามทั้งหมด 21 ข้อและในปีค.ศ.1978 ได้ปรับปรุงคำถามที่มีระดับความรุนแรงซ้ำกันช่วงระยะเวลาที่มีอาการและอาการแสดงของอาการซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประเมินนี้ถูกใช้อย่างกว้างขวาง เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับกลาง ภาวะซึมเศร้าระดับมาก และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (มาติกา รัตนะ, 2559)

5. แบบประเมินอาการซึมเศร้า พิเอสคิว 9 (Patient Health Questionnaire : PHQ-9) แบบประเมินนี้พัฒนา และแปลเป็นภาษาไทยโดยมาโนช หล่อตระกูล และคณะ โดยมีวัตถุประสงค์ของเครื่องมือคือ เพื่อค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยกลุ่มเป้าหมายคือประชาชนทั่วไปหรือกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการ แบบประเมินอาการซึมเศร้าชนิด 9 คำถาม มีค่าความไวเท่ากับร้อยละ 84 ค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 77 คำถามมี 9 ข้อ คะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับตั้งแต่ไม่มีเลย (คะแนน = 0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน = 1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน = 2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน = 3) โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 27 ถ้าคะแนนรวมน้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึงไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า หรือมีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อยมาก คะแนน 7-12 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย คะแนน 13-18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และถ้าคะแนนรวม 19 คะแนน ขึ้นไป หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (มาติกา รัตนะ, 2559)

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของ Beck (1997) ซึ่งสรุปว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความรู้สึก ความแปรปรวน ทางด้านอารมณ์ ความคิด และจิตใจ ส่งผลต่อสภาพร่างกาย และพฤติกรรมที่แสดงออกมาผ่านกระบวนการความคิดทางด้านทางลบเกี่ยวกับตนเองจนเกิดความท้อแท้ ห่ม่นหมอง หดหู่ หมดหวัง มีผลกระทบต่อร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck Depression Inventory (BDI) (1967) เนื่องจากแบบประเมินนี้มีเนื้อหาครอบคลุมคำนิยามภาวะซึมเศร้า เป็นแบบประเมินที่ใช้ง่ายและถูกใช้อย่างกว้างขวาง ในการศึกษานี้ได้นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81

6. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตามแนวคิดการปรับตัวของ Stuart Stress Adaptation

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นไปในลักษณะเสื่อมถอย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561) และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีการพบความชุกร้อยละ 25.61 (วิจิตร แผ่นทอง, 2563) โดยปัญหาต่าง ๆ อาจเกิดจากสภาวะความผิดปกติทั้งด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (สาวิตรี สิงหา, 2559) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อธิบายตามแบบจำลองการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart (2014) (The Stuart Stress Adaptation Model [SSAM]) ซึ่งเป็นรูปแบบการอธิบายภาวะสุขภาพและการพยาบาลสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ.1980 โดย Stuart (2014) ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชกล่าวว่า การปรับตัวของบุคคลประกอบไปด้วยองค์ประกอบด้านชีว จิต สังคม ไม่สามารถแยกส่วนกันได้ใน การดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นย่อมพบกับความเครียด ทำให้บุคคลต้องปรับตัวเพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น หากสามารถปรับตัวได้จัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม จะทำให้สามารถดำรงไว้ซึ่ง การปรับตัวและทำหน้าที่ได้อย่างปกติ แต่ถ้าปรับตัวไม่ได้ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้จะ นำไปสู่การเบี่ยงเบนทางสุขภาพจิตดังเช่นภาวะซึมเศร้า ซึ่งแนวคิดสำคัญที่สามารถอธิบายกลไกการ เกิดภาวะซึมเศร้าประกอบไปด้วยปัจจัยนำ ปัจจัยกระตุ้น การประเมินตัวกระตุ้นต่อความเครียด แหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาดังนี้

6.1 ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดปัญหาภาวะซึมเศร้าของบุคคล ในการค้นหาปัจจัยนำ จะทำให้เห็นความเปราะบาง ความอ่อนแอและความเข้มแข็งของบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยนำด้านชีวภาพ (Biological factors) เช่น พันธุกรรม ภาวะสุขภาพทั่วไป การสัมผัส หรือได้รับสารพิษ ปัจจัยนำด้านจิตใจ (Psychological factors) เช่น สติปัญญา บุคลิกภาพ ประสบการณ์ในอดีต การอบรมเลี้ยงดูและสัมพันธภาพในครอบครัว อัตมโนทัศน์ในตนเอง แรงจูงใจ การควบคุมตนเอง กลไกทางจิตใจ และ ปัจจัยนำด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social-cultural factors) เช่นอายุ การศึกษา รายได้ ชนชั้นทางสังคม ศาสนาวัฒนธรรม ความเชื่อ การค้นหาปัจจัยนำทำให้ค้นพบสาเหตุที่ทำให้บุคคลมีภูมิคุ้มกันต่อปัญหาสุขภาพจิต หรือค้นพบความเปราะบางว่าอ่อนแอของผู้สูงอายุ ซึ่งพบได้ว่าปัจจัยที่แตกต่างกันจะมีความโน้มเอียงในการเจ็บป่วยทางจิตที่แตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยนำที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี คือสัมพันธภาพทางครอบครัว

6.2 ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) เป็นปัจจัยภายนอกที่เข้ามาคุกคามและส่งผลกระทบต่อบุคคลทำให้บุคคลนั้นต้องใช้เวลาอย่างมากหรือหาวิธีเพื่อจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่มากคุกคามจึงเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด (Tension) ลักษณะของปัจจัยกระตุ้นเป็นได้ทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ

ด้านจิตใจ สังคมและวัฒนธรรม อาจมีจุดกำเนิดมาจากปัจจัยภายใน เช่น ข้อมูลด้านเวลา เวลาที่เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดขึ้นเมื่อไหร่ บุคคลนั้นประสบภาวะซึมเศร้านั้น ๆ เป็นระยะเวลาานเท่าใด หรือความถี่ของการเกิดภาวะซึมเศร้าและเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้ามาก ๆ ส่งผลให้บุคคลปรับตัวได้ยาก เมื่อเทียบกับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า

6.3 การประเมินความเครียด (Appraisal of stressors) การประเมินของบุคคลต่อความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นกระบวนการที่บุคคลนั้น ๆ ทำการประเมินผลกระทบของความเครียดต่อความผาสุกของตนเอง ซึ่งบุคคลจะให้ความหมายระบุนความรุนแรงและความสำคัญของความเครียดที่มีต่อบุคคลนั้น ๆ และจะแสดงออกหรือมีการตอบสนองแยกเป็นด้าน ๆ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาการประเมินความเครียดที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี ได้แก่ การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง

6.3.1 การตอบสนองด้านความคิด (Cognitive response) เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นนั้นก่อให้เกิดความเครียดที่เป็นภาวะคุกคาม หรือความท้าทายมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับการประเมินของแต่ละบุคคลและสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลมีการรับรู้ต่อสถานการณ์รุนแรงว่าเป็นความท้าทายหรือมีข้อดีในเหตุการณ์นั้นในทางสร้างสรรค์ จะสามารถช่วยลดระดับความเครียดลงได้ แต่ในทางกลับกันบุคคลใช้วิธีการตอบสนองด้านความคิดในทางลบหรือมาคุกคามชีวิตจะส่งผลในทางไม่ดี และเกิดความเครียดมากขึ้น (Lazarus, 2001)

6.3.2 การตอบสนองด้านอารมณ์ (Affective response) เป็นความรู้สึกเมื่อมีสิ่งมากระทบหรือกระตุ้นทำให้เกิดสภาวะการเปลี่ยนแปลงร่างกาย และเกิดการตอบสนองที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในขณะนั้นบุคคลจะมีความเครียดอารมณ์และความรู้สึกจะเปลี่ยนไป เกิดความรู้สึกกระสับกระส่าย ถูกบีบคั้น รู้สึกกลัว วิตกกังวล โกรธ เสียใจ รู้สึกผิดและซึมเศร้า อารมณ์ที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายได้ตามประเภท ระยะเวลาและความรุนแรงของอารมณ์ที่เกิดขึ้น หากบุคคลมีปฏิกิริยาการตอบสนองด้านอารมณ์ต่อเหตุการณ์ความเครียดในทางบวกจะช่วยพัฒนาการเห็นคุณค่าแห่งตนและนำไปสู่ความผาสุกทางจิตใจ (Lazarus, 2001)

6.3.3 การตอบสนองด้านร่างกาย (Physiological response) เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความเครียด จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อาการที่พบบ่อยได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรงปวดศีรษะ กล้ามเนื้อตึงปวด หัวใจเต้นเร็วใจสั่น เป็นต้น (Lazarus, 2001)

6.3.4 การตอบสนองด้านพฤติกรรม (Behavioral response) เป็นผลสืบเนื่องจากการตอบสนองด้านความคิด อารมณ์ ร่างกายของบุคคล ซึ่งบุคคลจะมีพฤติกรรมตอบสนองความเครียดที่แตกต่างกัน เช่น การแยกตัวออกจากสังคม การผัดวันประกันพรุ่ง การหลีกเลี่ยง การใช้

สุรา การเสพสารเสพติด ประสิทธิภาพการทำงานลดลง มีความเสี่ยงในการทำงาน (Caplan, 2013)

6.3.5 การตอบสนองด้านสังคม (Social response) เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองด้านสังคมต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้ 1) การค้นหาความหมาย บุคคลจะค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อนำไปสู่การแก้ไข 2) การใช้เหตุผลทางสังคม คือบุคคลจะพยายามใช้เหตุผลทางสังคมต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปแก้ไขปัญหา และ 3) การเปรียบเทียบทางสังคม บุคคลจะเปรียบเทียบความสามารถของตนเองกับบุคคลที่มีปัญหาล้ายกัน จะช่วยทำให้บุคคลประเมินความต้องการของตนเองเพื่อขอความช่วยเหลือจากแรงสนับสนุนทางสังคมในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น (Lazarus, 2001)

6.4 แหล่งทรัพยากรเผชิญปัญหาของบุคคล (Coping resource) แหล่งทรัพยากรการแก้ไขปัญหาเป็นสิ่งที่นำบุคคลไปสู่ทางเลือก หรือวิธีที่ช่วยในการตัดสินใจว่าตนจะสามารถทำอะไร หรือจัดการอะไรได้บ้าง อย่างไรได้แก่ ศักยภาพของบุคคล เช่น ความสามารถ สติปัญญา ความรู้ ทักษะ กลไกการป้องกันตนเอง และแรงจูงใจสุขภาพของบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ทรัพย์สินและความเชื่อทางบวกของบุคคล การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี คือ การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งทางใจ

6.5 กลไกการเผชิญความเครียด (Coping mechanism) เป็นความพยายามของบุคคลที่จะจัดการกับความเครียดแบ่งได้เป็น 3 ประเภท

6.5.1 กลไกการเผชิญความเครียดโดยเน้นที่ปัญหา (Problem-focused coping mechanism) จะเกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาโดยตรง หรือทุ่มเทความพยายามอย่างเต็มที่ เพื่อจัดการกับสิ่งที่มาคุกคาม เช่น การเจรจาต่อรอง ประณีษุหน้า เป็นต้น

6.5.2 กลไกการเผชิญความเครียดโดยเน้นที่ความคิด (Cognitive-focused coping mechanism) เป็นความพยายามของบุคคลที่เน้นการให้ความหมายของปัญหาและพยายามสร้างมุมมองเพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น เช่น การใช้การเปรียบเทียบทางสังคม การเลือกปฏิเสธเฉพาะสิ่ง เป็นต้น

6.5.3 กลไกการเผชิญความเครียดโดยเน้นที่อารมณ์ (Emotion-focused coping mechanism) เป็นความพยายามของบุคคลที่จะบรรเทาความตึงเครียดทางอารมณ์ เช่น กลไกการป้องกันตนเองโดยใช้การปฏิเสธ การการเก็บกด หรือการโทษคนอื่น เป็นต้น

6.6 ความต่อเนื่องของรูปแบบการตอบสนองต่อความเครียด (Continuum of coping response) การตอบสนองต่อความเครียดของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับลักษณะของความเครียด การรับรู้

ต่อสถานการณ์ และการวิเคราะห์ที่ตรงกับแหล่งทรัพยากรและกลไกการเผชิญปัญหาที่บุคคลนั้นเลือกใช้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชั้นที่มีความต่อเนื่องกันระหว่างการปรับตัวที่เหมาะสม (Adaptive) และไม่เหมาะสม (Maladaptive)

การศึกษาแนวคิดการปรับตัวต่อความเครียดของ SSAM ซึ่งเป็นรูปแบบการอธิบายภาวะสุขภาพและการพยาบาลสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้น หากสามารถปรับตัวได้ จะทำให้สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยองค์ประกอบตามแนวคิดการปรับตัวต่อความเครียดประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดปัญหาภาวะซึมเศร้าของบุคคล ในการค้นหาปัจจัยนำ จะทำให้เห็นความเปราะบาง ความอ่อนแอและความเข้มแข็งของบุคคล 2) ปัจจัยกระตุ้น เป็นปัจจัยภายนอกที่เข้ามาคุกคามและส่งผลต่อบุคคลทำให้บุคคลนั้นต้องใช้พลังอย่างมากหรือหาวิธีเพื่อจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่มาคุกคามจึงเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด 3) การประเมินความเครียด โดยการทำการประเมินผลกระทบของความเครียดต่อความผาสุกของตนเอง 4) แหล่งทรัพยากรเผชิญปัญหาของบุคคล เป็นวิธีที่ช่วยในการตัดสินใจว่าตนจะสามารถทำอะไรหรือจัดการอะไรได้บ้าง 5) กลไกการเผชิญความเครียด เป็นความพยายามของบุคคลที่จะจัดการกับความเครียด 6) ความต่อเนื่องของรูปแบบการตอบสนองต่อความเครียด การตอบสนองต่อความเครียดของแต่ละบุคคลซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ต่อสถานการณ์ ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดสรร ปัจจัยตามแนวคิดการปรับตัวต่อความเครียดของ SSAM 3 องค์ประกอบที่สอดคล้องเพื่อทำการ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินความเครียด ได้แก่ การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง แหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และความเข้มแข็งทางใจ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี

จากแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart Stress Adaptation Model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ แต่การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานีครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิด SSAM มา 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว 2) การประเมินความเครียด คือ การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง 3) ด้านทรัพยากรในการเผชิญปัญหา คือ การสนับสนุนทางสังคม และความเข้มแข็งทางใจ ดังนี้

1. สัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัวตามแนวคิดของฟรีดแมน Friedman, Bowden, and Jones (2003) กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นสายสัมพันธ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน ครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน สมาชิกในครอบครัวก็จะอยู่อย่างมีความสุข มีความเอื้ออาทร และพึ่งพาอาศัยกันได้ สำหรับผู้สูงอายุเป็นบุคคลหนึ่งที่สมาชิกในครอบครัวต้องให้การดูแลเอาใจใส่ ความรู้สึกรักจากสมาชิก การยอมรับการสนับสนุนซึ่งกันและกันนำไปสู่ความใกล้ชิด ความสนิทสนม เกิดความต้องการแบ่งปัน เมื่อครอบครัวมีปัญหา สมาชิกครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการมีความผิดหวัง ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ไม่ดีต่อกัน สิ่งที่จะทำให้ครอบครัวดีขึ้นต้องให้ครอบครัวรู้จักการทำหน้าที่ของครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมเพื่อความสมดุลของครอบครัว

สำหรับการศึกษานี้ ปัจจัยนำตามแนวคิด SSAM คือ สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่เป็นภูมิคุ้มกันต่อปัญหาสุขภาพจิต หรือเป็นความเปราะบาง และความอ่อนแอของบุคคลต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา ซึ่งพบได้ว่าปัจจัยที่แตกต่างกันจะมีความโน้มเอียงในการเจ็บป่วยทางจิตที่แตกต่างกัน (Stuart, 2014) สัมพันธภาพในครอบครัวน่าจะเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง เนื่องจากการรับรู้ต่อการกระทำของบุคคลในครอบครัว ที่มีความเกี่ยวข้องกับความรัก ความห่วงใย การมีปฏิสัมพันธ์ การเคารพและการให้ความสำคัญ การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมาก ความรัก การเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจที่ดี เกิดความรู้สึกรักว่าตนเองมีคุณค่าสำหรับบุคคลอื่น โดยเฉพาะคนในครอบครัว รวมทั้งเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี มีโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ขาดกำลังใจ ขาดการแสดงความรัก และการสนับสนุนจากครอบครัว อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี มีแนวโน้มที่มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี (กฤติเดช มิ่งไม้, 2561) และการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.193, p < .001$) (อรัญญา นามวงศ์ และคณะ, 2561) ดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัวอาจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี

2. การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง

การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง เป็นการรับรู้ความรุนแรงที่กระทำโดยกลุ่มบุคคลที่ตั้งใจใช้กำลังหรืออำนาจทางกายข่มขู่ คุกคาม ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ทำร้ายกลุ่มคนหรือสังคม ทำให้เกิดการบาดเจ็บ เสียชีวิต รวมทั้งเป็นการทำร้ายจิตใจ (World Health Organization [WHO], 2002)

สำหรับการศึกษานี้ การประเมินความเครียดตามแนวคิด SSAM คือ การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง เป็นการประเมินความเครียดของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นต่อความผาสุกของตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุจะให้ความหมาย ระบุความรุนแรง และความสำคัญของความเครียดที่มีต่อตนเอง และจะแสดงออกหรือมีการตอบสนองโดยแยกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม และด้านสังคม (Stuart, 2014)

การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง เป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ความรุนแรง โดยครอบคลุมเหตุการณ์การบาดเจ็บ การสูญเสีย หรือเป็นการรับรู้ที่ชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและครอบครัวตกอยู่ในอันตราย ถูกคุกคาม หรือเกิดความสูญเสียในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านร่างกาย ด้านทรัพย์สิน และด้านจิตใจ (Hollifield, et al., 2005) ซึ่งการรับรู้เหตุการณ์รุนแรงที่กล่าวข้างต้น ทำให้ผู้สูงอายุใช้กลไกต่าง ๆ เพื่อเผชิญปัญหาต่อความเครียดที่เกิดขึ้น หากผู้สูงอายุปรับตัวในการเผชิญปัญหาในทางที่ไม่เหมาะสม เกิดความเครียด วิตกกังวล ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศของ Hobfoll et al. (2006) ศึกษาประสบการณ์ความรุนแรงระดับกลุ่มจากเหตุการณ์ก่อการร้ายในประเทศอิสราเอล พบว่า ผู้ประสบเหตุการณ์ก่อการร้ายชาวอิสราเอล มีภาวะซึมเศร้า เนื่องมาจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียทรัพย์สิน และรายได้ สูญเสียแหล่งช่วยเหลือทางสังคมต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jensen (1996) ศึกษาผู้ที่ได้รับผลกระทบเหตุการณ์รุนแรงจากภาวะสงครามและการก่อการร้าย พบว่า ผลกระทบด้านจิตใจจากเหตุการณ์ความรุนแรง ส่งผลกระทบให้เกิดภาวะซึมเศร้า และการศึกษาในประเทศไทยของ มารินี สแลแม (2551) พบผู้ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัวจากสถานการณ์ความไม่สงบอำเภอ กะป้อ จังหวัด บึงดำนี มีปัญหาทางจิตสูงถึงร้อยละ 100 โดยพบอาการวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ และการศึกษาของ อภิรัฐ บุญศิริ (2559) วิถีชีวิตของครอบครัว ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบชายแดนใต้ พบว่า ผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบต่อสุขภาพจิต คือ เช่น ปัญหาความโศกเศร้าเสียใจ จึงได้รับความช่วยเหลือและเยียวยาจนกว่าครอบครัวจะสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ อาการและผลกระทบจากการศึกษาดังกล่าว หากเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุปรับตัว ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ถ้าปรับตัวที่

ไม่เหมาะสมก็จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการรับรู้เหตุการณ์รุนแรง จึงน่าจะมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี

3. การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ความช่วยเหลือประคับประคองและสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมต่าง ๆ เช่น ครอบครัว เพื่อน ชุมชนและบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิด (Zimet et al., 1988) มีดังนี้

3.1 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นการกระทำที่สมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือกัน คอยสนับสนุนจุนเจือกัน มีความผูกพันกัน คอยดูแลเอาใจใส่ เกื้อกูลซึ่งกันและกัน ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจและให้การยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข

3.2 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน เป็นการสนับสนุนซึ่งได้จากบุคคลที่มีประสบการณ์ มีความชำนาญที่ค้นคว้าหาความต้องการและความสามารถที่จะติดต่อ ชักจูงบุคคลได้โดยง่าย เป็นเหตุให้บุคคลประสบความสำเร็จ สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่าง ๆ ในชีวิตได้

3.3 การสนับสนุนทางสังคมจากคนสำคัญอื่น ๆ เป็นการสนับสนุนจากบุคคลที่นอกเหนือจากครอบครัว และเพื่อน เช่น ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกันผู้นำชุมชน ครู อาจารย์ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นต้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 3 ชนิด ได้แก่

3.3.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความผูกพันใกล้ชิด การได้รับความรักหรือได้รับการดูแลเอาใจใส่ การได้รับการสนับสนุน ให้กำลังใจ ปลอบโยน การได้รับการยอมรับ การเคารพยกย่อง และการชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม เห็นด้วยกับความนึกคิด เคารพในศักดิ์ศรี ให้เกียรติ ทำให้รู้สึกว่ามีประโยชน์ มีความสามารถ (Esteem support) และทำให้มีความรู้สึกปลอดภัยและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนด้านนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกเดียวดาย (Loneliness) รู้สึกชีวิตไร้ค่า (Meaningless in life)

3.3.2 การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของจำเป็นได้ เงินทองและการบริการ

3.3.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับข้อมูล คำแนะนำด้านข่าวสาร แนวทาง ข้อมูลสารสนเทศที่เป็นประโยชน์กับบุคคล (Informational support) สามารถนำไปแก้ปัญหา หรือข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติตนและการได้รับการสนับสนุนทางด้านเครือข่าย รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Social integration or network support) ถ้าขาดการสนับสนุนด้านนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง

สำหรับการศึกษานี้ แหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาตามแนวคิด SSAM คือ การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาภายนอกตัวบุคคล เป็นปัจจัยที่นำไปให้ผู้สูงอายุไปสู่ทางเลือก หรือวิธีที่จะช่วยในการตัดสินใจว่าตนจะสามารถทำอะไรได้บ้าง อย่างไร (Stuart, 2014) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุจากผลกระทบเหตุการณ์รุนแรงในพื้นที่ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือกับสถานการณ์เหตุการณ์รุนแรงได้ และส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบกับชีวิตได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่เกิดความเครียด ไม่มีความกังวลและไม่เกิดภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศพบ การศึกษาในต่างประเทศของ Harada et al. (2018) การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่น พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในประเทศไทย พบว่าการดูแลตนเองทางด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดภาคใต้ พบว่า การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม สามารถช่วยให้สตรีหม้ายปรับตัวกับการสูญเสียจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ได้อย่างเหมาะสม และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ (กรวิกา บวชชุม และคณะ, 2560) และการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของบิดาไทย พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.244, p < .001$) (จิราภรณ์ นันทชัย, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, และจันทรรัตน์ เจริญสันติ, 2559) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่น่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี

4. ความเข้มแข็งทางใจ

ความเข้มแข็งทางใจ Grotberg (1997) เป็นความสามารถ หรือศักยภาพที่เป็นสากลของบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่ใช้ในการป้องกัน ลดความรุนแรง และผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์ที่ยากลำบาก หรือสถานการณ์ที่เลวร้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยความเข้มแข็งทางใจมี 3 องค์ประกอบ ดังนี้

4.1 ฉันเป็น... (I am) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล (Inner strengths) ประกอบด้วย มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีพื้นที่อารมณ์ดี รู้จักเห็นอกเห็นใจและสามารถแสดงออกซึ่งความห่วงใยใส่ใจต่อผู้คนรอบข้าง พร้อมทั้งจะยอมรับและยกย่องผู้อื่น รับผิดชอบในสิ่งที่กระทำ และยอมรับผลของการกระทำนั้น คิดพิจารณาวางแผนในอนาคตที่เป็นไปได้ในความเป็นจริง มีความเชื่อมั่นว่าสิ่งต่าง ๆ จะเปลี่ยนไปในทางที่ดี เชื่อว่าชีวิตนี้ยังมีความหวังเสมอ มีความศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์อันเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และเป็นบุคคลที่สามารถที่จะรักและเป็นที่รักของผู้อื่นได้

4.2 ฉันมี... (I have) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต (External supports) โดยคนที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตด้านนี้สูง จะเป็นผู้ที่มีตัวอย่างที่ดีในการทำสิ่งต่าง ๆ มีคนรอบข้างที่ทำให้เห็นว่ากรกระทำที่ถูกต้องนั้นเป็นอย่างไร มีคนที่พร้อมจะให้กำลังใจและสนับสนุนให้เป็นตัวของตัวเอง มีบุคคล/แหล่งที่ให้การดูแลในเรื่องของสุขภาพ การศึกษา มีคนในครอบครัวและนอกครอบครัวที่สามารถไว้วางใจ/เชื่อใจได้ มีคนที่คอยบอก/สอน/ตักเตือนถึงขอบเขตและข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ชัดเจนในการทำอะไรต่าง ๆ เพื่อที่จะได้ไม่ทำในสิ่งที่อาจนำไปสู่ปัญหาและความยุ่งยากมาสู่ตนเอง มีแหล่งให้ตนเองรับการบริการ/สวัสดิการทางสังคมและความปลอดภัย และมีครอบครัวและชุมชนที่มั่นคง

4.3 ฉันสามารถ... (I can) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal and problem-solving skill) บุคคลที่มีความสามารถสูงจะมุ่งมั่นในงานที่ทำอยู่จนกว่าจะประสบความสำเร็จ จัดการกับปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้เหมาะสม หาทางออกหรือวิธีการใหม่ ๆ ที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ รู้จักเลือกจังหวะเวลาและรู้กาลเทศะ บอกผู้อื่นได้เกี่ยวกับความคิดความรู้สึกรู้สึกของตนเอง และขอความช่วยเหลือจากใครสักคนได้ในเวลาที่ต้องการ

สำหรับการศึกษานี้ แหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาตามแนวคิด SSAM คือ ความเข้มแข็งทางใจ เป็นแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาภายในตัวบุคคล เป็นปัจจัยที่นำไปสู่สูงอายุไปสู่ทางเลือก หรือวิธีที่จะช่วยในการตัดสินใจว่าตนจะสามารถทำอะไรได้บ้าง อย่างไร (Stuart, 2014) โดยความเข้มแข็งภายในตัวผู้สูงอายุ อาจช่วยให้ผู้สูงอายุยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางเหตุการณ์รุนแรงในพื้นที่ การที่ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทางใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือกับผลกระทบต่าง ๆ จากเหตุการณ์รุนแรงได้ โดยมีการตอบสนองต่อปัญหาและอุปสรรคด้วยเจตคติทางบวก มีสติ และสามารถฟันฝ่าปัญหาได้ จัดการกับความเครียดและความวิตกกังวลได้ ส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี มีสมดุลทางจิตใจ และไม่ก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศของ Hardy, Concato, and Gill (2004) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ ($r = -.031, p < .001$) และการศึกษาในประเทศไทยของ ปุณิกา กิตติคุณนนท์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภณ แสงอ่อน (2562) พบว่า ความเข้มแข็งในชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีระดับ

นัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.367, p = .000$) ความเข้มแข็งทางใจต่ำ อาจเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสูง ดังนั้นความเข้มแข็งทางใจน่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี

จากการทบทวนวรรณกรรม ดังกล่าวข้างต้น ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรงโดยตรง พบว่าผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต มีการระมัดระวังตัวมากขึ้น ปรับเปลี่ยนเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การประกอบพิธีทางศาสนา และจำกัดสถานที่อันเนื่องมาจากเหตุการณ์รุนแรง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งอาศัยตามลำพัง เนื่องจากบุตรหลานย้ายถิ่นไปอาศัยที่อื่นที่มีความปลอดภัยมากกว่า การอาศัยเพียงลำพังในการเผชิญปัญหาจากสถานการณ์รุนแรงซ้ำ ๆ อาจทำให้เกิดความโดดเดี่ยว ความเหงา ความหวาดกลัว จนเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ความวิตกกังวล นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานีมีหลากหลาย แต่เมื่อพิจารณาตามแนวคิดการปรับตัวต่อความเครียดของ SSAM ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยนำที่ปกป้องจะสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี การศึกษานี้สนใจศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัว นอกจากปัจจัยนำดังกล่าว การประเมินความเครียด คือ การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง เป็นการประเมินความเครียดต่อการรับรู้เหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นต่อตนเอง และแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหภายนอกตัวบุคคล คือ การสนับสนุนทางสังคม แหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาภายในตัวบุคคล คือ ความเข้มแข็งทางใจ การมีแหล่งทรัพยากรทั้งภายนอกและภายในตัวบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นประโยชน์ต่อความสามารถในการเผชิญปัญหากับความเครียดหรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงสนใจที่จะศึกษาถึงผลของปัจจัยดังกล่าวข้างต้นต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี

บทที่ 3

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่พักอาศัยและขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีความชุกการเกิดเหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี ได้แก่ อำเภอไม้แก่น อำเภอยะหริ่ง อำเภอสายบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่พักอาศัยและขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในอำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ ปกติ
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถได้ยิน และสื่อสาร ตอบภาษาไทยและภาษาอาหรับได้
3. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยทำแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (TMSE) มีคะแนนตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป
4. สัมผัสใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

มีปัญหาด้านร่างกายและจิตใจที่มีผลต่อการให้ข้อมูล

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลที่คำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type I error) และชนิดที่ 2 (Type II error) โดยมีจำนวนตัวแปรที่มีอิทธิพล (Predictors) = 4 ตัวแปร ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) = .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) = .80 (Polit & Beck, 2017) จากข้อเสนอแนะ

ในการกำหนดค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยทางการแพทย์ คือนำขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง แต่เนื่องจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง น้อยมาก ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพลเป็นขนาดเล็ก คือ .08 หลังจากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*power ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 155 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multiple-stage random sampling) ดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอำเภอที่มีความชุกการเกิดเหตุการณ์รุนแรงในจังหวัดปัตตานี ประกอบด้วย 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอยะหริ่ง อำเภอไม้แก่น อำเภอสายบุรี เพื่อเป็นตัวแทนของจังหวัดปัตตานี

2. สุ่มเลือกอำเภอเพื่อเป็นตัวแทนของจังหวัดปัตตานี ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) ได้ 1 อำเภอ คือ อำเภอไม้แก่น

3. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี พบมีทั้งหมด 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลไม้แก่น ตำบลไพรทอง ตำบลคอนทราย ตำบลตะโละไกรทอง

3.1 สุ่มเลือกตำบลเพื่อเป็นตัวแทนของชุมชนในเขต อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี โดยนำชื่อตำบลมาใส่หมายเลขตามจำนวนตำบลทั้งหมด จำนวน 4 หมายเลข แล้วนำไปใส่กล่อง ผู้วิจัยจะทำการสุ่มมา 2 ตำบล โดยจับฉลากได้ ตำบลตะโละไกรทอง และตำบลไพรทอง

3.2 สุ่มเลือกหมู่บ้านที่อยู่ในตำบลตะโละไกรทอง มี 4 หมู่บ้าน ตำบลไพรทอง มี 5 หมู่บ้าน แล้วนำไปจัดใส่กล่อง เพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างของหมู่บ้าน โดยจับฉลากได้ทั้งหมด 4 หมู่บ้าน ดังนี้ ตำบลตะโละไกรทอง ได้แก่ หมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 4 ตำบลไพรทอง ได้แก่ หมู่ที่ 4 และหมู่ที่ 5

4. เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุของแต่ละหมู่บ้านไม่เท่ากัน จึงกำหนดสัดส่วนตามขนาดของประชากร (Proportion to size) โดยเปรียบเทียบบัญชี ไตรยางศ์ เพื่อให้ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน ดังนี้

$$\frac{\text{จำนวนประชากรสูงอายุทั้งหมดในหมู่บ้าน} \times \text{ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้}}{\text{ผลรวมจำนวนประชากรทั้งหมดในหมู่บ้านที่สุ่มได้}}$$

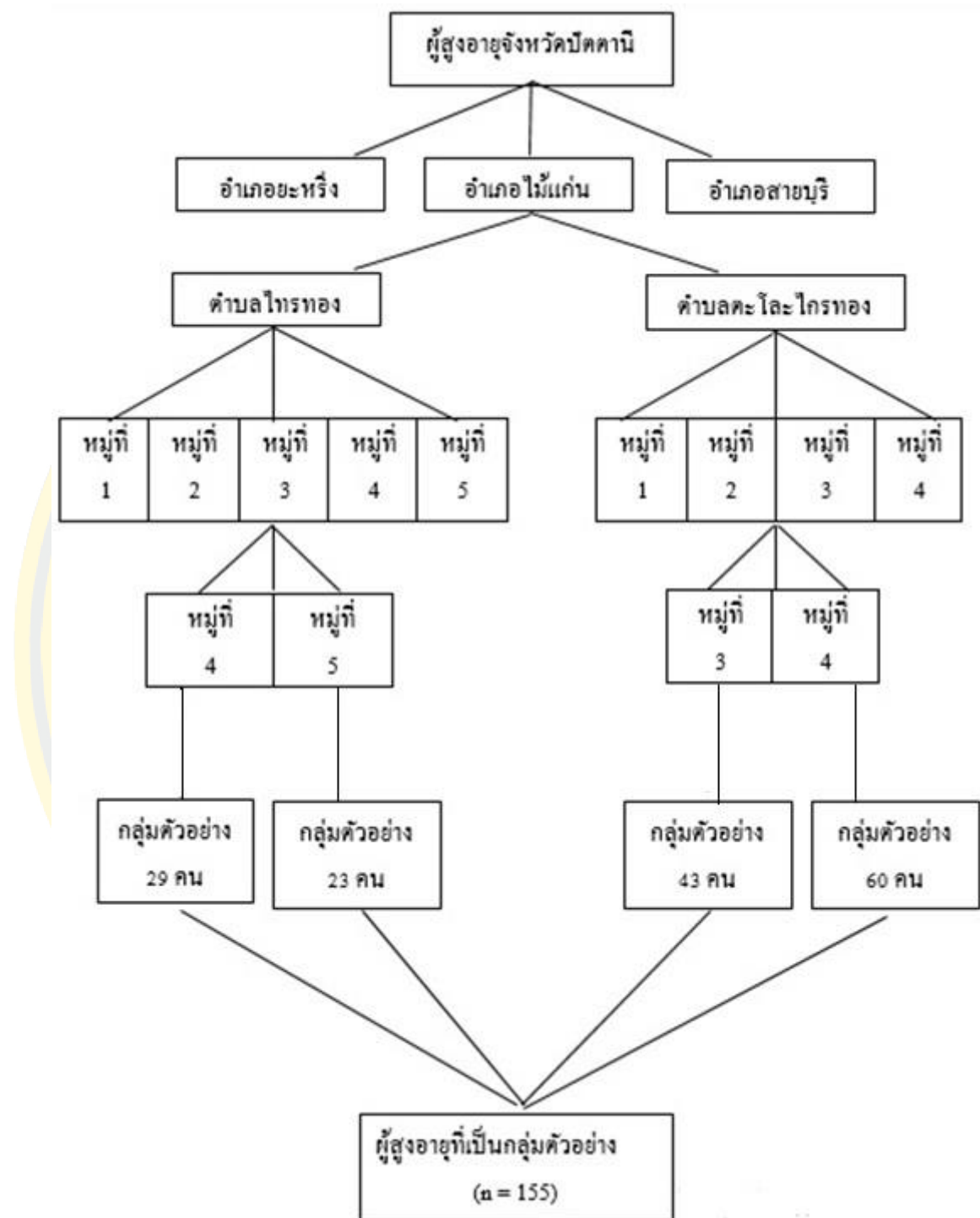
ตำบลตะโละไกรทอง

$$\begin{aligned} \text{หมู่ที่ 3 บ้านตะโละไกรทอง} &= \frac{98 \times 155}{530} = 29 \text{ คน} \\ \text{หมู่ที่ 4 บ้านบิลยา} &= \frac{80 \times 155}{530} = 23 \text{ คน} \end{aligned}$$

ตำบลไทรทอง

$$\begin{aligned} \text{หมู่ที่ 4 บ้านปลักแตน} &= \frac{148 \times 155}{530} = 43 \text{ คน} \\ \text{หมู่ที่ 5 หมู่บ้านท่าช้าง} &= \frac{204 \times 155}{530} = 60 \text{ คน} \end{aligned}$$

จากนั้นผู้วิจัยทำการคัดกรองผู้สูงอายุว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ หากกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมีคุณสมบัติที่ไม่ตรงตามเกณฑ์ ผู้วิจัยทำการสุ่มใหม่ พร้อมกับคัดกรองผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เพิ่มเติมจนได้ผู้สูงอายุครบ 155 คน แล้วจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มตัวอย่างดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 7 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นเป็นภาษาไทย (TMSE) ใน การศึกษานี้ใช้แบบสัมภาษณ์ทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ที่พัฒนาโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2536) แบบสัมภาษณ์นี้ได้นำไปใช้กับผู้สูงอายุชาวไทยอายุ 60-70 ปี จำนวน 180 คน ทั่วประเทศ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการทดสอบสภาพสมองของไทยในผู้สูงอายุได้ 27.38 ($SD = 2.02$) คะแนน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2536) แบบสัมภาษณ์นี้มีคะแนนรวม 30 คะแนน กำหนดเกณฑ์ปกติของคะแนนรวมต้องได้คะแนน 24 คะแนนเป็นต้นไป โดยแบ่งคะแนนย่อยออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่

การรับรู้สถานที่ (Orientation)	6	คะแนน
การจดจำ (Registration)	3	คะแนน
ความใส่ใจ (Attention)	5	คะแนน
การคำนวณ (Calculation)	3	คะแนน
การใช้ภาษา (Language)	10	คะแนน
การระลึกได้ (Recall)	3	คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมด 12 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิด เกี่ยวกับ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส สถานภาพการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่ผู้สูงอายุ อาศัยอยู่ด้วย ประสบการณ์ความรุนแรงที่ผ่านมา

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า ใน การศึกษานี้ใช้แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุของ บุษราคัม จิตอารีย์ (2555) ที่พัฒนาโดย มาร์คตีมา ซีริโหรราชย์ (2551) จากแนวคิด The Beck Depression Inventory: BDI (1961) แบบสัมภาษณ์นี้ได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ที่ทำการศึกษา จำนวน 30 ราย โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของ ภาษา และหาความเชื่อมั่น เท่ากับ .88 แบบสัมภาษณ์นี้มีจำนวนคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ลักษณะ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

ไม่เคยรู้สึกซึมเศร้า	ให้ 0 คะแนน
รู้สึกซึมเศร้าบางครั้ง	ให้ 1 คะแนน

รู้สึกซึมเศร้าบ่อยครั้ง ให้อ 2 คะแนน

รู้สึกซึมเศร้าเป็นประจำ ให้อ 3 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล

รู้สึกซึมเศร้าเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของตนเองเป็นประจำ

รู้สึกซึมเศร้าบ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของตนเองเป็นบ่อยครั้ง

รู้สึกซึมเศร้าเป็นบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของตนเองเป็นบางครั้ง

ไม่เคยรู้สึกซึมเศร้า หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกตนเอง

การแปลผล โดยการรวมคะแนนทุกข้อ คะแนนสูง หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าสูง คะแนนน้อย หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าน้อย

การแบ่งระดับภาวะซึมเศร้า

โดยใช้คะแนนรวม ซึ่งมีช่วงคะแนนระหว่าง 0-63 คะแนน ดังนี้

0-13 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า

14-20 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ

21-26 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง

27 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว การศึกษานี้ใช้แบบสัมภาษณ์ของ บุษราคัม จิตอารีย์ (2555) ที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ Friedman (1986) และ Morrow and Wilson (1961) แบบสัมภาษณ์นี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของ ภาษา และได้นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ ทำการศึกษา จำนวน 30 ราย แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ผ่านการ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .78 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

การให้คะแนนพิจารณา ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้อ 4 คะแนน

เห็นด้วย ให้อ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ให้อ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้อ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและสภาพความเป็นจริงมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและสภาพความเป็นจริงปานกลาง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและสภาพความเป็นจริงบ้างเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกและสภาพความเป็นจริง

การแปลผล โดยการรวมคะแนนทุกข้อ คะแนนสูง หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวดี คะแนนน้อย หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง การศึกษา นี้ ใช้แบบสัมภาษณ์ของ จิระสุข สุขสวัสดิ์ (2554) ที่แปลเป็นไทยและพัฒนาจากมาตรวัด The comprehensive trauma inventory (CTI: Hollifield et al., 2005) เป็นมาตรวัดรายงานตนเองเกี่ยวกับประสบการณ์ความรุนแรงระดับกลุ่มจากสงครามของผู้ลี้ภัยของ จิระสุข สุขสวัสดิ์ (2554) ได้นำไปใช้กับการศึกษาความรุนแรงระดับกลุ่มอันเนื่องมาจากเหตุการณ์ความไม่สงบใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ ในกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาที่ปฏิบัติหน้าที่มีภูมิลานาและมีครอบครัวอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดนราธิวาส จำนวน 30 ราย ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของมาตรวัด และได้หาค่าเชื่อมั่นเท่ากับ .98

โดยแบบสัมภาษณ์นี้มีจำนวน ข้อคำถาม 37 ข้อ

ส่วนที่ 1 (ปริมาณเหตุการณ์ความรุนแรง)

การแบ่งคะแนน

0 หมายถึง ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความรุนแรง

1 หมายถึง มีประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรง

คะแนนมาตรวัดแต่ละส่วนอยู่ระหว่าง 0 – 37 คะแนน

การแปลผล โดยคะแนนรวมคะแนนทุก คะแนนสูง หมายถึง ประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์รุนแรงมาก คะแนนน้อย หมายถึง ประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์รุนแรงน้อย

ส่วนที่ 2 เป็นระดับการรับรู้เหตุการณ์ความรุนแรง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ การให้คะแนนพิจารณาดังนี้

- | | |
|-----------|---------------------|
| 1 หมายถึง | รู้สึกกลัวเล็กน้อย |
| 2 หมายถึง | รู้สึกกลัวปานกลาง |
| 3 หมายถึง | รู้สึกกลัวมาก |
| 4 หมายถึง | รู้สึกกลัวมากที่สุด |

การแปลผล โดยการรวมคะแนนทุกข้อ คะแนนสูง หมายถึง รู้สึกกลัวต่อเหตุการณ์รุนแรงมาก คะแนนน้อย หมายถึง รู้สึกกลัวต่อเหตุการณ์รุนแรงน้อย

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ การศึกษานี้ใช้แบบสัมภาษณ์ของ ชยง จันทรวงศา (2558) ที่แปลและเรียบเรียงจากแบบวัด Multidimensional Scale of Perceived Social Support ที่พัฒนาโดย Zimet et al. (1988) ใช้วัดความเข้าใจ และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 3 มิติ คือการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และคนสำคัญอื่น ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย ได้มีการนำแบบสัมภาษณ์นี้ไปใช้เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน ของ ชัยวัฒน์ อินไชยา, โสภณ แสงอ่อน, และพัชรินทร์ นินทจันทร์ (2559) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 แบบวัดนี้มีจำนวน 12 ข้อ คำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 อันดับ

ให้คะแนนพิจารณาดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมากที่สุด
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
- 3 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 4 หมายถึง เฉย ๆ
- 5 หมายถึง เห็นด้วย
- 6 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก
- 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมากที่สุด

การแปลผล โดยการรวมคะแนนทุกข้อ คะแนนสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก และค่าคะแนนน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์ความเข้มแข็งทางใจ แบบสัมภาษณ์นี้ผู้วิจัยได้นำมาจากการศึกษาของ อุษณีย์ บุญบรรจบ และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (2559) ซึ่งพัฒนาโดย Manerat (2011) จากแนวคิดของ Grotberg (1995) มาสร้างเป็นแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทย โดยยึดองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ พบว่า แบบประเมินสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย

ประกอบด้วย 5 มิติ คือ ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และด้านความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้แบบประเมินนี้มีความครอบคลุมในการศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ ได้มีการนำแบบสัมภาษณ์นี้ไปใช้เพื่อศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นภาวะซึมเศร้าที่ทำการศึกษา ของ ชัยวัฒน์ อินไชยา, โสภิตา แสงอ่อน, และ พชรินทร์ นินทจันทร์ (2559) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 เครื่องมือชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ มี 5 มิติที่กล่าวข้างต้น โดยมีการให้คะแนนแบบมาตราประมาณค่า มีระดับคะแนน 1-4 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง บุคคลนั้นมีความเข้มแข็งทางใจสูงในการก้าวผ่านชีวิตที่มีความยากลำบากให้กลับมาสู่ภาวะปกติ หรือสามารถดำเนินชีวิตตามปกติ

ให้คะแนนพิจารณา ดังนี้

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	1 คะแนน
เห็นได้น้อย	หมายถึง	2 คะแนน
เห็นได้มาก	หมายถึง	3 คะแนน
เห็นได้มากที่สุด	หมายถึง	4 คะแนน

การแปลผล โดยการรวมคะแนนทุกข้อ ค่าคะแนนมากแสดงว่ามีความเข้มแข็งทางใจสูง ค่าคะแนนน้อยแสดงว่าความเข้มแข็งทางใจต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์วัดระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว แบบสัมภาษณ์การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์ความเข้มแข็งทางใจ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้มาตรฐาน ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และได้มีการนำแบบสัมภาษณ์เหล่านี้ไปใช้ในงานวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มใกล้เคียงกับผู้สูงอายุมาก่อนหน้านี้แล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำแบบสัมภาษณ์ดังกล่าวมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงใด ๆ ผู้วิจัยไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทุกฉบับไปดำเนินการตรวจสอบหาความเชื่อมั่น โดยนำไปใช้ทดลอง (Try out) กับผู้สูงอายุที่อาศัยและขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในเขต อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้

สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.80 – 0.89 โดยค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน โดยคำนึงถึงคุณธรรม จริยธรรมในการทำวิจัย ตลอดจนปกป้องสิทธิ คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณาจริยธรรม ภายหลังได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลไม้แก่น อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในเขต อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ในการพบผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดในการเข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจและชัดเจน มีรายละเอียดเป็นลายลักษณ์อักษรในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผลของการศึกษานี้จะใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น ข้อมูลต่าง ๆ ถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยสู่สาธารณชน หากข้อมูลทางการศึกษาพบความผิดปกติ ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างนำข้อมูลส่งต่อหน่วยงานเพื่อได้รับการดูแลต่อไป โดยลงนามยืนยันเป็นลายลักษณ์อักษรขออนุญาตส่งต่อข้อมูลต่อหน่วยงานในพื้นที่จากการศึกษารั้งนี้ หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามและยินดีตอบข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยลงนามโดยคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลไม้แก่น อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ และขึ้นทะเบียนในตำบลตะโละไกรทอง ตำบลไทรทอง ทั้งหมด เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลไม้แก่น อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อเข้าร่วมการวิจัย

1.3 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ มีผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่และสามารถสื่อสารภาษาayiได้เข้าใจ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย 2 ท่านนี้ โดยอธิบายความเป็นมา วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดของแบบวัดที่จะใช้ในงานวิจัยนี้ วิธีการจดบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจตรงกับผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจ และสามารถใช้เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดได้อย่างถูกต้อง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดไปทดลองสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสาธิตให้ผู้ช่วยวิจัยศึกษาเป็นตัวอย่าง จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยสาธิตย้อนกลับให้ผู้วิจัยดู เพื่อให้เกิดความชำนาญก่อนการใช้จริงในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยทำการนัดหมายกับผู้สูงอายุล่วงหน้า โดยทำการนัดผู้สูงอายุในการเก็บข้อมูล วันละ 10 ท่าน และระบุเวลาอย่างชัดเจน เพื่อลดการแออัดในการเก็บข้อมูล และป้องกันการระบาดของโรค Covid-19 สถานที่นัดเก็บข้อมูลจะดำเนินการเก็บข้อมูล ณ ที่ทำการกำนันผู้ใหญ่บ้านของหมู่บ้าน โดยผู้วิจัยประสานงานกับกำนันผู้ใหญ่บ้าน เพื่อความปลอดภัยจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้สูงอายุที่ทำการเก็บข้อมูล

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ก่อนเริ่มทำแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล

2.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย พร้อมรายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

2.4 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว อธิบายวิธีการตอบคำถามในแบบสัมภาษณ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจหรือมีข้อสงสัยในข้อคำถามใด ผู้วิจัยอธิบายเพื่อความกระจ่างในข้อคำถามนั้น ๆ

2.5 ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันและควบคุมโรค Covid-19 ดังนี้

2.5.1 ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยติดต่อประสานงานกำนันผู้ใหญ่บ้านเพื่อทำความสะอาดสถานที่และจัดที่นั่งเก้าอี้เน้นระยะห่าง 2 เมตร และเป็นสถานที่ ที่มีอากาศถ่ายเทได้ดี

2.5.2 ก่อนเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดกรองความเสี่ยงโรค Covid-19 ตามกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2.5.3 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยสวมอุปกรณ์ป้องกัน โรค Covid-19 โดยล้างมือด้วย แอลกอฮอล์ 70 % และสวมหน้ากากอนามัยตลอดการเก็บข้อมูล

2.6 เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่นำไปประมวลและวิเคราะห์ ด้วยวิธีการทางสถิติ และนำมาเรียบเรียงเป็นงานวิจัยฉบับนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลที่นำไปสู่ผลลัพธ์ของการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง การสนับสนุนทางสังคม และความเข้มแข็งทางใจ ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าจากปัจจัยคัดสรร ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งทางใจ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise regression analysis) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) โดยตัวแปรต้น และตัวแปรตามเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการวัดระดับ Interval มีการกระจายแบบโค้งปกติ (Normality) เป็นอิสระต่อกัน และไม่เกิด Autocorrelation ทดสอบโดยใช้สถิติ Durbin-Watson ได้ค่าอยู่ในช่วง 1.5-2.5 ข้อมูลไม่มี Outliers, Linear relationship ระหว่างตัวแปรที่มีอิทธิพล โดยตัวแปรต้นทุกตัวมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) ระหว่างกันไม่สูงกว่า .85 (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์, 2553) ในงานวิจัยนี้กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่พักอาศัยและขึ้นทะเบียนเป็นผู้สูงอายุใน อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไป จำนวน 155 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ผลการศึกษานำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งออกเป็น 4 ตอน นำเสนอเรียงตามลำดับคั้งนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรที่ศึกษา

ตอนที่ 3 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในคั้งนี้มีจำนวน 155 คน พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.7 ส่วนเพศชายร้อยละ 41.3 โดยพบว่าอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 78.7 รองลงอยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 21.3 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 86.5 รองลงมานับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 13.5 พบสถานภาพสมรส ร้อยละ 49.7 รองลงมาพบสถานภาพ หม้าย ร้อยละ 41.9 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 59.5 รองลงมาพบอาศัยอยู่กับครอบครัว บุตรหลาน ร้อยละ 31.5 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.6 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 29.7 สถานะในการทำงาน อยู่ในช่วงทำงาน ร้อยละ 74.2 ขณะที่รายได้จากการทำงาน (เฉพาะผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่) มีรายได้ 5,000-7,500 บาท/เดือน ร้อยละ 52.3 และที่มาของรายได้ มาจากบุตร หลาน ญาติ พี่น้อง ส่งเสีย ร้อยละ 76.8 สถานะการเงินของผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่พอใช้ แต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 55.5 รองลงมา พอใช้และมีเหลือเก็บ ร้อยละ 41.9 ขณะที่พักอาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ส่วนใหญ่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรงร้อยละ 71.0 ไม่เคยประสบเหตุการณ์

รุนแรง ร้อยละ 29.0 รวมถึงบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรง ร้อยละ 63.2
บุคคลในครอบครัวไม่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรง ร้อยละ 36.8 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูล
ส่วนบุคคล ($n = 155$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	64	41.3
หญิง	91	58.7
อายุ (ปี)		
60-69 ปี	122	78.7
71-79 ปี	33	21.3
80-89 ปี	0	0
(Min = 60, Max 78 = , M = 65.68, SD = 4.63)		
สถานภาพ		
โสด	0	0
สมรส	77	49.7
แยกกันอยู่	13	8.4
หม้าย	65	41.9
อย่าร้าง	0	0
อื่น ๆ	0	0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพการอยู่อาศัย		
อยู่ตามลำพัง	15	8.9
อยู่กับคู่สมรส	100	59.5
อยู่กับครอบครัว บุตร หลาน	53	31.5
อยู่กับญาติ	0	0
อื่น ๆ	0	0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	46	29.7
ต่ำกว่าประถมศึกษาและอ่านไม่ออก	10	6.5
ต่ำกว่าประถมศึกษาแต่อ่านออก	5	3.2
ประถมศึกษา	94	60.6
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	0	0
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	0	0
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	0	0
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0
ในปัจจุบัน ท่านยังทำงานที่ก่อให้เกิดรายได้หรือไม่		
ไม่ได้ทำงาน	40	25.8
ทำ โปรดระบุอาชีพ..	115	74.2
รายได้จากการทำงาน (เฉพาะที่ตอบว่าทำงาน ในข้อที่ 7)		
3,000-4,900 บาท/เดือน	26	16.8
5,000-7,500 บาท/เดือน	81	52.3
7,501-10,000 บาท/เดือน	43	27.7
10,001-20,000 บาท/เดือน	5	3.2
(Min = 3,000 Max = 19,000 M = 6,525.16, SD = 2,585.99)		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ถ้าในข้อ 7 ตอบว่าไม่ได้ทำงาน ท่านดำรงชีพอย่างไร		
เงินสะสม เงินออม	11	7.1
เงินบำเหน็จบำนาญของตนเอง	0	0
เงินบำเหน็จบำนาญของกลุ่มสมรส	10	6.5
บุตร หลาน ญาติ พี่น้องส่งเสีย	119	76.8
อื่น ๆ	15	9.7
ฐานะการเงินของท่านเป็นอย่างไร		
ไม่พอใช้ เป็นหนี้สิน	4	2.6
พอใช้ แต่ไม่มีเก็บ	86	55.5
พอใช้และมีเหลือเก็บ	65	41.9
ประสบเหตุการณ์ความรุนแรง		
ไม่เคย		
เคย (ระบุ) เหตุการณ์ที่เคยประสบ	45	29.0
ประสบเหตุการณ์มานานเท่าไร	110	71.0
ผลกระทบที่เกิดขึ้น	-	-
บุคคลในครอบครัวของท่านเคยประสบเหตุการณ์รุนแรงหรือไม่		
ไม่เคย	57	36.8
เคย (ระบุ) ความสัมพันธ์กับท่าน	98	63.2
ประสบเหตุการณ์มานานเท่าไร	-	-
ผลกระทบที่เกิดขึ้น	-	-

ตอนที่ 2 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรที่ศึกษา

สัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.41 ($SD = 11.87$) การรับรู้เหตุการณ์รุนแรงของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 96.28 ($SD = 14.13$) การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 74.65 ($SD = 7.2$) ความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 85.83 ($SD = 6.20$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของตัวแปรที่ศึกษา คะแนนในภาพรวม ($n = 155$)

ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD</i>	Range	
			Possible	Actual
สัมพันธภาพในครอบครัว	27.41	11.87	16-64	30-53
การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง	96.28	14.13	37-148	67-127
การสนับสนุนทางสังคม	74.65	7.02	12-84	43-82
ความเข้มแข็งทางใจ	85.83	6.20	24-96	69-95

ตอนที่ 3 ข้อมูลภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 2.6 มีภาวะซึมเศร้าระดับสูง ร้อยละ 75.5 รองลงมา ภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ร้อยละ 12.9 ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 9.0 และ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรที่ศึกษา คะแนนในภาพรวม ($n = 155$)

ภาวะซึมเศร้า	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0-13	4	2.6
ภาวะซึมเศร้าระดับสูง	> 27	177	75.5
ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	21-26	20	12.9
ภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ	14-20	14	9.0

ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งทางใจ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยแบบพหุคูณ ดังนี้

1. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีระดับการวัดแบบ Interval หรือ Ratio ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งตัวแปรทุกตัวมีการประเมินโดยใช้แบบสอบถาม และมีการแปลผลโดยนำคะแนนรวมของแบบสอบถามมารวมกัน ถ้าคะแนนสูงหมายถึงตัวแปรนั้นมีค่าสูง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นระดับการวัดเป็นแบบ Interval หรือ Ratio

2. กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มจากประชากร (Random sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด

3. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีการกระจายเป็นแบบโค้งปกติ (Normality) โดยพิจารณาจากการนำข้อมูลของแต่ละตัวแปรมา Plot เป็นกราฟ Histogram ซึ่งลักษณะการกระจายตัวของข้อมูลมีลักษณะเป็นรูประฆังคว่ำ ก่อนข้างมีความสมมาตรกัน จึงแสดงว่าข้อมูลของตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution)

4. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ทดสอบโดยพิจารณาใช้กราฟ Scatter Plot ที่พล็อตระหว่างค่า *ZPRED (ค่าพยากรณ์ที่ได้จากสมการแล้วแปลงเป็น (Z-score) และค่า *ZRESID (ค่า Z-score ของ Error หรือส่วนต่างระหว่างค่าที่ประมาณการได้จากสมการถดถอยจริง) พบว่ากราฟ Scatter plot มีแนวเป็นเส้นตรงขนานกับแกนนอน แสดงว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

5. ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) ซึ่งการกระจายของความแปรปรวนของตัวแปรตามต้องคงที่ในทุกค่าของตัวแปรต้น พิจารณาจากกราฟ Scatter plot มีลักษณะเป็นเส้นขนานกัน ดังนั้นความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นเอกภาพ

6. ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์เป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Autocorrelation) ทดสอบโดยใช้สถิติ Durbin-watson ได้ค่าเท่ากับ 2.03 ซึ่งแสดงว่าไม่เกิด Autocorrelation เนื่องจากมีค่าอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 เมื่อเปรียบเทียบกับตารางขอบเขตค่า Durbin-

watson พบค่าที่ได้อยู่ในช่วงที่ไม่มีความสัมพันธ์ ซึ่งหมายความว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของทั้งสองตัวแปรเป็นอิสระจากกัน (Garson, 2012)

7. ไม่มี Multivariate outliers ทดสอบโดยใช้กราฟ Scatter plot ระหว่างค่า Y (ค่าตัวแปรที่ทำนายได้จากสมการถดถอย) กับค่าความคลาดเคลื่อนจากการทำนาย (หรือกราฟที่พล็อตระหว่างค่ามาตรฐานของค่าทั้งสอง) พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์กระจายบริเวณค่าศูนย์

8. ตัวแปรอิสระทั้งหมดมีความเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Multicollinearity) โดยทำการทดสอบด้วยการพิจารณาค่า Tolerance ที่เข้าใกล้ศูนย์และค่า VIF ไม่เกิน 10 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ค่า Tolerance ทั้ง 4 ตัวแปร เท่ากับ .87, .97, .93 และ .97 ค่า VIF (Variance Inflation Factor) ทั้ง 4 ตัวแปร เท่ากับ 1.14, 1.02, 1.07 และ 1.02 ซึ่งแสดงว่าตัวแปรทั้งหมดเป็นอิสระต่อกัน จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น พบว่า ตัวแปรต้นทุกตัว มีค่าความสัมพันธ์กันเองระหว่าง -.149 ถึง .310 ซึ่งไม่เกิน .85 (บุญใจ ศรีสถิตยน์ ราษฎร์, 2553) ดังตารางที่ 4 ดังนั้นจึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี ($n = 155$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	1.00				
สัมพันธภาพในครอบครัว	.067	1.00			
การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง	.383**	.221**	1.00		
การสนับสนุนทางสังคม	.032	.021	-.149	1.00	
ความเข้มแข็งทางใจ	.261**	.310**	.165*	.190*	1.00

* $p < .05$, ** $p < .001$

จากนั้นจึงได้ทำการวิเคราะห์หาตัวแปรทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ตัวแปรต้น ได้แก่

สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งทางใจ
ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 วิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)
เพื่อหาปัจจัยทำนายของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 155$)

ตัวแปร	R^2	b	$SE_{(b)}$	β	t	p
(Constant)		9.646	9.113		-1.359	.000
การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง	.147	.211	.045	.349	4.710	< .001
ความเข้มแข็งทางใจ	.187	.279	.102	.203	2.740	< .05

$R^2 = .089$, Adj $R^2 = .078$, $F_{(17,450)}$, $p < .05$

ตารางที่ 5 พบว่า ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 2 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง และความเข้มแข็งทางใจ โดยการรับรู้เหตุการณ์รุนแรงมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานีสูงสุด ($\beta = .349$, $p < .001$) และรองลงมา คือ ความเข้มแข็งทางใจ ($\beta = .203$, $p < .05$) ตามลำดับ ทั้ง 2 ตัวแปรนี้สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี ได้ร้อยละ 18.7 ($R^2 = .187$, $p < .05$)

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน สามารถนำมาสร้างเป็นสมการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี ได้ดังนี้
สมการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ คือ

$$Y (\text{ภาวะซึมเศร้า}) = -12.381 + .211 (\text{การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง}) + .279 (\text{ความเข้มแข็งทางใจ})$$

สมการทำนายถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน คือ

$$Z (\text{ภาวะซึมเศร้า}) = .349 (\text{การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง}) + .203 (\text{ความเข้มแข็งทางใจ})$$

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

งานวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการบูรณาการแนวคิดการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart Stress Adaptation Model [SSAM] (Stuart, 2009) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่พักอาศัยและขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานี จำนวน 155 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์จำนวน 7 ส่วน ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว แบบสัมภาษณ์การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์ความเข้มแข็งทางใจ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficients) ของแบบสัมภาษณ์ในการวิจัย เท่ากับ .81, .80, .85, .89 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีจำนวน 155 คน พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.7 ส่วนเพศชายร้อยละ 41.3 โดยพบว่าอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 78.7 รองลงอยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 21.3 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 86.5 รองลงมานับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 13.5 พบสถานภาพสมรส ร้อยละ 49.7 รองลงมาพบสถานภาพ หม้าย ร้อยละ 41.9 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 59.5 รองลงมาพบอาศัยอยู่กับครอบครัว บุตรหลาน ร้อยละ 31.5 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.6 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 29.7 สถานะในการทำงาน อยู่ในช่วงทำงาน ร้อยละ 74.2 ขณะที่รายได้จากการทำงาน (เฉพาะผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่)

มีรายได้ 5,000 -7,500 บาท/เดือน ร้อยละ 52.3 และที่มาของรายได้ มาจากบุตร หลาน ญาติ พี่น้อง ส่งเสีย ร้อยละ 76.8 ฐานะการเงินของผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่พอใช้ แต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 55.5 รองลงมา พอใช้และมีเหลือเก็บ ร้อยละ 41.9 ขณะที่พักอาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง เขตอำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ส่วนใหญ่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรงร้อยละ 71.0 ไม่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรง ร้อยละ 29.0 รวมถึงบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรง ร้อยละ 63.2 บุคคลในครอบครัวไม่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรง ร้อยละ 36.8

2. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าระดับสูง ร้อยละ 75.5 รองลงมาภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางร้อยละ 12.9 ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 9.0 และไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 2.6 ดังแสดงในตารางที่ 3

3. ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี ได้แก่ การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง ($\beta = .349, p < .001$) และความเข้มแข็งทางใจ ($\beta = .203, p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง อ.ไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ได้ร้อยละ 18.7 ($R^2 = .187, p < .001$) ซึ่งสามารถสร้างสมการพยากรณ์ในรูปแบบการคะแนนดิบได้ดังนี้

$$\text{ภาวะซึมเศร้า} = -12.381 + .211 (\text{การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง}) + .279 (\text{ความเข้มแข็งทางใจ})$$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีภาวะซึมเศร้าระดับสูง สูงถึงร้อยละ 75.5 ของจำนวนกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า จากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงใน อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี เคยประสบเหตุการณ์รุนแรง สูงถึงร้อยละ 71.0 และครอบครัวยังเคยประสบเหตุการณ์รุนแรง ร้อยละ 63.2 จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุอาศัยกับคู่สมรส ร้อยละ 59.5 และจากสถานการณ์เหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้น ประชาชนในช่วงวัยทำงาน จึงออกมาทำงานต่างท้องถิ่นเพื่อความปลอดภัยกว่า แต่ผู้สูงอายุยังคงไม่ย้ายถิ่นเนื่องจากมีความผูกพันและคุ้นเคยกับสภาพสังคมในพื้นที่อย่างยาวนานจึงอาศัยพำนักอยู่ในพื้นที่เพียงลำพังกับคู่สมรส ทำให้ยังคงต้องประสบกับเหตุการณ์รุนแรงในพื้นที่ และอยู่อาศัยด้วยความหวาดกลัว และรู้สึกถึงความไม่แน่นอน เกิดความวิตกกังวลและพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้า จึงพบภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างสูงถึงร้อยละ 71.0 ดังเช่น ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ประสบเหตุการณ์รุนแรงในพื้นที่จังหวัดปัตตานี เกิดอาการผิดปกติภายหลังการเกิดอันตราย

(Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) ร้อยละ 22 หรือ 1,087 ราย (พิทักษ์พล บุญมาติก และคณะ, 2552) และสอดคล้องกับการศึกษาของ North et al. (1999) พบว่า ร้อยละ 22.5 ของผู้รอดชีวิตในเหตุการณ์ลอบวางระเบิดที่เมืองโอคาโฮมา ในอเมริกา ได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้า

จากผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุยังคงทำงาน ถึงร้อยละ 74.2 ส่วนใหญ่คือ ทำสวน เนื่องจากรายได้ยังไม่เพียงพอที่จะมีเงินเก็บ จากสถานการณ์เหตุการณ์รุนแรงทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการใช้ชีวิต ต้องระมัดระวังมากขึ้น หรือบางครั้งอาจต้องจำกัดสถานที่อันเนื่องมาเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้น ปัญหาดังกล่าวอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ความกังวล และปรับตัวไม่เหมาะสม อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ (2554) เรื่องความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความไม่เพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า โดยผู้สูงอายุมักมีข้อจำกัดในการประกอบกิจการอาชีพด้วยสภาพร่างกาย หากต้องมาประสบกับปัญหาเศรษฐกิจทำให้รายได้ ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตได้ และงานวิจัยของชาญศักดิ์ วิจิต (2563) ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความไม่เพียงพอของรายได้

2. ปัจจัยที่ร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี

2.1 การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี ได้มากที่สุด ($\beta = .349, p < .001$) จากผลการศึกษาที่ผู้สูงอายุตอบคำถามรายข้อ ได้คะแนนมากที่สุด คือ การรับรู้เหตุการณ์รุนแรงถึงความรู้สึกกลัวเมื่อได้ยินข่าวเกี่ยวกับเหตุการณ์รุนแรงที่มีผู้คนบาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิต ($M = 3.56, SD = .68$) ซึ่งผลการศึกษาดังนี้ เมื่ออธิบายตามแนวคิดการปรับตัวของ SSAM การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง เป็นการประเมินความเครียดของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น โดยผู้สูงอายุทำการประเมินผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรงต่อความผาสุกของตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุจะให้ความหมายและความสำคัญของความเครียดที่มีต่อตนเองโดยแสดงออกหรือมีการตอบสนองเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านสังคม ดังนั้นการประเมินความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาคั้งนี้น่าจะมีความเป็นไปได้ที่ผู้สูงอายุทำการประเมินความเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในลักษณะของการคุกคาม ทำให้เกิดความเครียด มีความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาของ อภิรัฐ บุญศิริ (2559) ที่ศึกษาวิถีชีวิตของครอบครัว ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบชายแดนใต้ พบว่า การรับรู้ผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่สงบมีผลต่อสุขภาพโดยรวมผู้สูงอายุ

เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวจากเหตุการณ์รุนแรงได้ และการศึกษาของ Ganatra, Zafar, Qidwai, and Rozi (2008) พบว่า การสูญเสียที่ไม่คาดคิดโดยเฉพาะบุคคลที่รักเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2.2 ความเข้มแข็งทางใจ เป็นตัวแปรลำดับที่สองที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี ($\beta = .203, p < .05$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ด้วยบริบทสังคมของพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง ผู้สูงอายุยังคงเผชิญกับสภาพปัญหาความไม่สงบจากเหตุการณ์รุนแรงจนถึงปัจจุบัน การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ดำเนินด้วยความไม่แน่นอน ความหวาดกลัวต่อสถานการณ์ ทำให้การมีความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ ไม่มีอิทธิพลเพียงพอต่อการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งเมื่อสะท้อนถึงมุมมองชีวิตจากความเข้มแข็งภายในตัวบุคคลการอภิปรายผลตามแนวคิดการปรับตัวของ SSAM กล่าวว่า ความเข้มแข็งทางใจเป็นแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหา ซึ่งเป็นตัวแปรที่สำคัญในการส่งเสริมการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุ เป็นศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ เพื่อสามารถนำพาชีวิตให้ผ่านพ้น รวมถึงสามารถรับมือกับผลกระทบต่าง ๆ จากเหตุการณ์รุนแรงได้ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ซึ่งประกอบด้วย “I have” เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้มีความแข็งแกร่งในชีวิต “I am” เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ “I can” เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือวิกฤตในชีวิตจะดึงองค์ประกอบเหล่านี้ออกมาใช้จัดการกับเหตุการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการเรียนรู้ (Grothberg, 1995) หากบุคคลไม่สามารถดึง 3 องค์ประกอบหลักอย่างที่ว่าข้างต้นมาใช้ในการจัดการกับปัญหาได้ จะทำให้บุคคลเกิดความเครียด จนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ การศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างกับการศึกษาของ อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2559) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ พบว่า ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ระดับ 0.01 ($r = -.525$) และการศึกษาของ ปุณิกา กิตติกุลธนันท์ (2562) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ความเข้มแข็งในชีวิตความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.277$)

3. ปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี

3.1 สัมพันธภาพในครอบครัว ไม่สามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ โดยอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี ยังประสบกับสถานการณ์รุนแรงอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่า การมีสัมพันธภาพ ในครอบครัวที่ดี แต่

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่นี้ พบว่า สถานการณ์เหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลวัยหนุ่มสาวย้ายถิ่นไปอยู่ที่อื่น แต่ผู้สูงอายุยังคงยึดมั่นผูกพันกับถิ่นฐานของตัวเอง จึงยังอาศัยอยู่ในพื้นที่ บางคนอยู่กับคู่สมรส บางคนอยู่เพียงลำพัง ดังนั้น การประเมินถึงสัมพันธภาพในครอบครัวคะแนนจึงไม่มีอำนาจในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานีได้ ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ อภิญา วังคำใหม่ (2560) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าและแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแม่วาง อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ต่ำ เกิดจากบุตรหลานไม่มีเวลาให้ สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแม่วาง อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ และการศึกษาของ อริญา นามวงศ์ (2561) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ($r = -.193, p < .001$)

3.2 การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่ไม่สามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบุคคลอื่น ๆ จนได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ รวมถึงข้อมูล ข่าวสาร จึงเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการดำรงชีวิต Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) สอดคล้องกับแนวคิดการปรับตัวต่อความเครียดของ SSAM (Stuart, 2014) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาที่สำคัญในการช่วยให้บุคคลปรับตัวและเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น แต่ในความเป็นจริงของผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญกับผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรงในพื้นที่ เนื่องด้วยสภาพแวดล้อมพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ การต้องอยู่ห่างไกลจากภูมิลาน การอยู่ในพื้นที่อันตรายที่อาจเข้าถึงสิ่งต่างๆ ได้ยากลำบากขึ้น ทำให้คะแนนการสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ผลการศึกษาจากงานวิจัยนี้ แตกต่างจากการศึกษาอื่น เช่น การศึกษาของ มุจรินทร์ พุทธิเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.331, p = .000$) การศึกษาปัจจุบัน ในบริบทพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงนี้ จึงมีความน่าสนใจในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม เพื่ออธิบายถึงความสามารถในการทำนายต่อไป

จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของตัวแปร การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง และความเข้มแข็งทางใจ โดยทั้งสองปัจจัยนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่

เหตุการณ์รุนแรง อำเภอมั่นแก่น จังหวัดปัตตานี ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าหากผู้สูงอายุมีการรับรู้ต่อเหตุการณ์รุนแรงในแนวทางลบ ทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลก่อให้เกิดความเครียด หากปรับตัวต่อความเครียดได้ไม่ดีหรือปรับตัวต่อความเครียดไม่ได้ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ แต่ในทางกลับกัน หากผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี มีความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือกับผลกระทบต่าง ๆ จากเหตุการณ์รุนแรงได้ โดยมีการตอบสนองต่อปัญหาและอุปสรรคด้วยเจตคติทางบวก มีสติ และสามารถฟันฝ่าและเอาชนะปัญหาได้ ผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งทางใจ จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในสถานการณ์เหตุการณ์รุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ จัดการกับความเครียดและความวิตกกังวลได้ ส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี มีสมดุลทางจิตใจ และไม่ก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาล บุคลากรทางด้านสุขภาพ และผู้เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการวิจัยที่พบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง มีภาวะซึมเศร้าสูง และปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง ความเข้มแข็งทางใจ มาเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลตนเองด้านจิตใจ เช่น การคัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุก และจัดคลินิกให้คำปรึกษาในชุมชน แก่ผู้ที่มีปัญหาด้านจิตใจ รวมถึงสร้างแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง
2. เจ้าหน้าที่ บุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และพยาบาลที่ปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำผลการวิจัยนี้ เสนอต่อหน่วยงานต่าง ๆ กำหนดเป็นนโยบาย รวมถึงการร่วมมือในภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อดำเนินการส่งเสริมและป้องกัน เยียวยา รักษาฟื้นฟู เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง รวมถึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยโดยใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตหรือการให้คำปรึกษา ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงมุมมองความคิดเห็น ความเชื่อ และทัศนคติเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี เพื่อให้ได้ ข้อมูลเชิงลึก และได้ประเด็นของปัญหาชัดเจนขึ้น เพื่อนำไปสร้างแนวทางการสร้างโปรแกรมเพื่อ ลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานีต่อไป

3. ควรศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆที่เป็นบริบทโดยตรงของพื้นที่ ที่อาจจะมีผลต่อปัญหา สุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับการแก้ปัญหาในพื้นที่มากขึ้น



บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- กรมสุขภาพจิต. (2558). *คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่ 6)*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2561). *รายงานการฆ่าตัวตายของประเทศไทย*. เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.go.th>
- กรมสุขภาพจิต. (2562). *"โรคซึมเศร้า" ทำใจพัง เช็กลิสต์สาเหตุและอาการ*. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30114>
- กรรณิกา เรืองเดช, อะหมัดลุดฟี กามา, ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, และสุชาติ สังแก้ว. (2556). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ได้รับความรุนแรง จากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดยะลา*. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังกระ อำเภอมือง จังหวัดยะลา.
- กระทรวงการคลัง. (2559). *การประกาศกำหนดสำนักงานในเขตพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นสำนักงานในพื้นที่พิเศษประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560*. เข้าถึงได้จาก <http://www.lgp.go.th/media/files/3ef681a9809baa5cd5c2eff3c9bf6414.pdf>
- กระทรวงสาธารณสุข (2562). *รู้และเข้าใจ โรคซึมเศร้า*. เข้าถึงได้จาก http://healthydee.moph.go.th/view_article.php?id=343
- กรวิกา บวชชุม, ทิพย์ภา เชษฐ์ชาวลิต, และวิลาวรรณ คริสต์รักษา. (2560). ผลของการให้ความรู้ในการคัดกรองโรคจิตต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการคัดกรองโรคจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(2), 34-35.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). *แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย Thai Mental State Examination (TMSE)*. *สารศิริราช*, 45(6), 359-374.
- กฤติเดช มิ่งไม้. (2561). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในอำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 11(1), 50-65.
- เกษร สายธนู, อมรรัตน์ นระสนธิ์, และเกษราภรณ์ เคนบุปผา. (2019). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(3), 42-55.

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA). (2560). *สูงวัยในศตวรรษที่ 21: การเฉลิมฉลองและความท้าทาย บทสรุปสำหรับผู้บริหาร*. เชียงใหม่: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) และองค์การเฮลป์เอจ อินเตอร์เนชันแนล (HelpAge International).

กองสุขภาพจิต. (2562). *สูงวัยไม่ไร้ค่า*. เข้าถึงได้จาก http://healthydee.moph.go.th/view_article.php?id=341

จารุวรรณ ชนะสุข. (2560). ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลต่อสัมพันธภาพ ในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 98-107

จิราภรณ์ นันทชัย, พรณพิไล ศรีภรณ์, และจันทรัตน์ เจริญสันติ. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของบิดาไทย. *วารสารพยาบาลสาร*, 43(ฉบับพิเศษธันวาคม), 59-70

จิระสุข สุขสวัสดิ์. (2554). ความรุนแรงระดับกลุ่มจากเหตุการณ์ไม่สงบ การเผชิญปัญหา และความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่ห้าจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข, และศุภร์ใจ เจริญสุข. (2556). *การพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต* (ฉบับปรับปรุง) เล่ม 2. นนทบุรี: ธนาเพรส.

ชาญศักดิ์ วิจิต. (2563). การศึกษาความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคอีสาน*, 36(1), 24-29.

ชัยวัฒน์ อินไชยา, ไสภิน แสงอ่อน, และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2559). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, โรงพยาบาลรามาชินดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ช่อผกา สุทธิพงศ์ และศิริอร สีนธู. (2558). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(1), 28-39.

ณทัช วงศ์ปการันย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทย*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(1), 39-46.

ณทัช วงศ์ปการันย์. (2559). *คู่มือการดูแลผู้สูงวัย: สูทรคลายซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: โอเพ่นเวิลด์สพับลิชชิง เฮาส์.

- ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล, และมาโนช หล่อตระกูล. (2554). เหตุการณ์ก่ดต้นในชีวิตก่อนการเกิดโรค
 ซึมเศร้าและโรคแพนิค. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(3), 277-286.
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิเทพฤทธิ์, วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล. (2554). ความชุก
 ของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่ง
 ประเทศไทย*, 56(2), 103-116.
- นันทัก ชนะพันธ์, อัจฉราพร สิริรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, และรณชัย คงสกนธ์. (2556).
 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้
 ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(2), 44-57.
- นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ. (2559). ภาวะซึมเศร้า. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ*,
 19(38), 105-118.
- นิมิตตรา แว, เปรมฤดี คำรักษ์, ผุสนีย์ แก้วมณี, กฤตพัทธ์ ฝักฝน และขวัญตา บุญวาศ. (2559).
 ประสบการณ์การเยียวยาตนเองของสตรีที่สูญเสียสามีจากเหตุการณ์ความไม่สงบ:
 กรณีศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข
 ภาคใต้*, 3(3), 1-14.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ:
 ยูเออนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ และเบญจพร ปัญญาขง. (2557). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา
 สุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 22(3), 142-156.
- บุษราคัม จิตอารีย์. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิต
 วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- บุณิกา กิตติคุณนันท์, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และโสภณ แสงอ่อน. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ
 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแรงในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะ
 ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(2), 137-155.
- ประคอง วรรณสุด. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:
 สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประสมสุข ศรีแสนปาง. (2542). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : วามลุ่มลึกในการพยาบาล. *วารสารพยาบาล
 ศาสตร์และสุขภาพ*, หน้า7-8(12).
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2).
 ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.

- พจนนา เปลี่ยนเกิด. (2557). โรคซึมเศร้า: บทบาท พยาบาลในการดูแลรักษา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 18-21.
- พิชาย รัตนดิถณ กุฎีถด. (2556). จากปัญหาสู่นโยบาย: ศักยภาพคนผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารร่วมพฤษ์ มหาวิทยาลัยเกริก*, 31(3), 1-26.
- เพชรดาว โต๊ะมีนา. (2556). การดูแลเยียวจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- พัชรภักดิ์ ไชยสังข์, สิริกร สุทธิวิษณุฐษา, ปริมวิษญา อินตะกัน, และสายใจ ลิขณะเชียร. (2556). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเมือง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 6(1), 27-37.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, ทศนา ทวีคุณ, และโสภณ แสงอ่อน. (2558). ความแข็งแรงในชีวิต: แนวคิดการประเมิน และการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- พิทักษ์ บุญยมลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์ลิน, ขวัญจิตต์ นรากรพิจิตร, และเชษฐพล ชัยชนะนิมพลี. (2552). การพัฒนาแบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต (PISCES-18)[อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(3), 317-326.
- มุกข์ดา ผดุงยาม และอัญชลี ช. คูวอล. (2561). กลยุทธ์การฟื้นฟูพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 66-73.
- มูจรินทร์ พุฑเมตดา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(2), 69-81.
- มาติกา รัตนะ. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์สาทรณสุขภาพศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกการจัดการการบริการสาทรณสุขภาพศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มารีนี สแลมเม. (2551). ปัญหาด้านจิตใจและการดูแลตนเองด้านจิตใจในที่สุดุเสียชีวิตบุคคลในครอบครัวจากสถานการณ์ความไม่สงบภาคใต้: กรณีศึกษา อำเภอกะพ้อ จังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2556). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: ทีคิว พี.

- โยชิน ชินวาลัญช์. (2559). “ความจำถดถอย” จุดเริ่มอัลไซเมอร์ ตรวจพบก่อน รักษาได้สุขภาพน่ารู้
เคล็ดลับออนไลน์. เข้าถึงได้จาก <http://www.guru.sanook.com>
- ยุพิน วรสิริอมร. (2557). ประชากรและสังคม 2557: การเกิดกับความมั่นคงในประชากรและสังคม.
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยศยง จันทรวงศา. (2558). การสนับสนุนทางสังคม ความเหมาะสมกันระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมและ
ความผูกพันในงาน กรณีศึกษาพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน บนสายการบินแห่งหนึ่ง.
วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, บัณฑิต
วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546). แบบทดสอบ
สุขภาพจิต. เข้าถึงได้จาก
http://www.jvkk.go.th:8080/web_jvkk_th/index.php/viewnew/form/detail_id/2344
- วิจิตร แผ่นทอง. (2563). ผลของระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่มีแบบแผนต่อความรู้และ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน โรคธาลัสซีเมีย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัย
พยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 7(2), 41-42.
- วชิรญาณ วัฒนศิริวิชช์. (2555). ประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ของ
ผู้บาดเจ็บไทยพุทธจากสถานการณ์ความไม่สงบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วัลภา บุรณกลัศ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สัมพันธภาพใน
ครอบครัวกับ ความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร.
วารสารพยาบาลตำรวจ, 9(2), 25-33.
- วัลลี ธรรมโกสิทธิ์. (2551). คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานวิกฤติสุขภาพจิต: หลักจิตวิทยาการเจรจาต่อรอง.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- วัลย์ลักษณ์ ทรงศิริ. (2559). “ปาดานี้” นครแห่งความทรงจำ, มูลนิธิเล็ก-ประไพ วิริยะพันธุ์.
เข้าถึง <https://lek-prapai.org/home/view.php?id=195>.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้. (2560). สรุปข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ
ในพื้นที่ชายแดนภาคใต้. ปัตตานี: ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้.

ศิริภัทตรา จุฑามณี, สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา และเพชรไพธิน พิบูลนิธิเกษม. (2561). การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 16(2), 141-148

ศิริรำไพ สุวัฒน์คุปต์. (2557). การศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเองและผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารเวชศาสตร์ร่วมสมัย*, 58(3), 343-347.

ศรีสมภพ จิตรภิมย์ศรี. (2553). *สรุปหกปีไฟใต้: พลวัตการก่อความไม่สงบกับการสร้างจิตรกรรมของการก่อความรุนแรง*. เข้าถึงได้จาก <http://www.deepsouthwacth.org/node/728>

ศรีสมภพ จิตรภิมย์ศรี. (2560). *ความขัดแย้งชายแดนใต้ในรอบ 13 ปี: ความซับซ้อนของสนามความรุนแรงและพลังของบทสนทนาสันติภาพปัตตานี*. เข้าถึงได้จาก <https://www.deepsouthwatch.org/node/11053>

สุจิต สวรรณชีพ, นันทนา รัตนากร, กาญจนา วณิชรมณีย์, พรรณี ภาณุวัฒน์สุข, และนันท์นภัส ประสานทอง. (2558). *แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1)*, (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

สุชาดา แซ่ลิ่ม. (2562). ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองจังหวัดระนอง. *วารสารวิชาการแพทย์*, 33(1), 199-200.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2557). *การสูงวัยของประชากรไทย พ.ศ 2557*. เข้าถึงได้จาก : http://www.oppo.opp.goth/pages/statistic/stat_0101.html

สถาบันราชานุกูล. (2554ก). *คู่มือคนตรีบำบัดในเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาสำหรับบุคลากร*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.

สถาบันราชานุกูล. (2554ข). *KM นักจิตวิทยาในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้กับการเยียวยาและพัฒนาเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.rajanukul.com/main/index.php?mode=academic&group=11&submode=academic&idgroup=90&id=3131>.

สำนักข่าวอิสรา. (2561). *สถิติ 14 ปี เหตุการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้*. เข้าถึงได้จาก http://region6.prd.go.th/ewt_news.php?nid=16734&filename=index

สำนักงานสถิติจังหวัดปัตตานี. (2558). *รายงานสถิติจังหวัด ปี 58*. เข้าถึงได้จาก http://pattani.nso.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=150:--58&catid=102&Itemid=507

- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2561). *ผู้สูงอายุกับการเปลี่ยนแปลง*. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/46488-%>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). *สุขภาพจิตผู้สูงอายุไทย*. สืบค้นจาก <http://www.nso.go.th/sites/2020>.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2557). *เรื้อรังน่ารู้ สุขภาพช่องปากผู้สูงวัย*. เข้าถึงได้จาก <http://dental.anamai.moph.go.th/elderly/PR/E-book/elderly/keld01.html>
- โสภณ แสงอ่อน. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต โรงพยาบาลรามารชิบตี*, 13(1), 54-65.
- สมชาย จักรพันธ์. (2553). *ปัญหาสุขภาพจิตอีกหนึ่งวิกฤตหลังภัยพิบัติ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.medicthai.com>
- สุนทีย์ บุญเกิด. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ ของสถานสงเคราะห์คนชรา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 184-189.
- สมพร อินทร์แก้ว, เขาวานาฏ ผลิตนันทเกียรติ, ศรีวิภา เนียมสอาด, และสายศิริ ดำนัฒนะ. (2552). *พลังสุขภาพจิต*. นนทบุรี: สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข.
- สายพิน ยอดกุล และจิตภินันท์ ศรีจักร์โคตร. (2557). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(3), 20-32.
- สรวงศดา เจริญวงศ์, วินิกาญจน์ คงสุวรรณ, และมุสลิมห์ โต๊ะกานี. (2548). *รายงานวิจัยความเครียด และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงภัย จังหวัดนราธิวาส*. นราธิวาส: คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี.
- สาวิตรี สิงหาด. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 18(3), 15-24.
- อาคม บุญเลิศ. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน เขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น. *วารสารศรีนครินทร์ เวชสาร*, 31(1), 25-28.
- อภิญญา วงศ์ใหม่. (2560). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าและแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแม่วาง อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

- อภิรัฐ บุญศิริ. (2559). วิถีชีวิตของครอบครัวกับผลกระทบจากเหตุการณ์ ความไม่สงบชายแดนใต้: กรณีศึกษาเขตพื้นที่พัฒนา พิเศษเฉพาะกิจชายแดนใต้จังหวัดสงขลา. *วารสารมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 11(1), 250-251.
- อรัญญา นามวงศ์, เอกพันธ์ คำภีระ, คอย ละอองอ่อน, และวัชรวิ ไชยจันดี. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 19(2), 94-105.
- อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(2), 127-142.
- อรพรรณ บุญลือธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรสา ไยยอง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2554). ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 118-126.
- อุษณีย์ บุญบรรจบ และเพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความแข็งแรงทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 30(2), 110-123.
- Ahn, S. N., Kim, S., & Zhang, H. (2017). Changes in depressive symptoms older adults with multiple chronic condition: Role of positive and negative social support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(1), 16.
- Alan, R. (2018). Does mode of contact with different types of social relationships predict depression in older adults? Evidence from a Nationally representative survey. *Journal Compilation The American Geriatrics*, 63(10), 2016-2017.
- American Psychiatric Association [APA]. (2018). *Developing Adolescents American Psychiatric Association*. Washington, DC: Us American Psychological.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.

- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. Pennsylvania: University of Pennsylvania.
- Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1997). *Cognitive Therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Burnside, I. M., (1994). Reminiscence and life review: Therapeutic intervention for older people. *Nurse Practitioner*, 19(4), 55-61.
- Boyd, M. A., & Nihart, M. A. (1998). *Psychiatric nursing contemporary practice*. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Charkhabi, M., Mortazavi, A., Alimohammadi, S., & Hayati, D. (2014). The effect of spiritual intelligence training on the Indicators of Mental health in Iranian students: An experimental study. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159(23), 355-358.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-301.
- Dyer, J. G., & McGuinness, T. M. (1996). Resilience: Analysis of the concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(5), 276-282.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2012). *Situation of the Thai Elderly*. Bangkok: TQ. P. Co., Ltd.
- Friedman, M. M. (1986). *Family nursing: Theory and assessment*. New York: Appiton-Century Craftes.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: research theory and practice*. 5th ed. New Jersey: Upper Saddle River.
- Ganatra, H. A., Zafar, S.N., Qidwai, W., & Rozi, S., (2008). Prevalence and Predictors of Depression Among the Elderly Population of Pakistan. *Aging Ment Health*, 12(3), 349-356.
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., & TARRIER, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal Geriatr Psychiatry*, 27(4), 12-15.
- Golden, J., Ronan, M., Conroy, Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M., Brian, A., & Lawlor. (2009). Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(7), 694-700.

- Grotberg, E. H. (1995). *A Guide for Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*. Early Childhood Development: Practice and Reflections, v. 8. The Hague-NO: Bernard Van Leer Foundation.
- Grotberg, E. H. (1997). *The International Resilience Project: Findings from the Research and the Effectiveness of Interventions*. Retrieved from <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb97a.html>
- Harada, K., Sugisawa, H., Sugihara, Y., Yanagisawa, S., & Shimmei, M. (2018). Social support, negative interactions, and mental health: Evidence of cross-domain buffering effects among older adults in Japan. *Research on Aging, 40*(4), 388-405.
- 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.
- Heisel, M. J. (2006). Suicide and its prevention among older adults. *Canada Journal of Psychiatry, 53*(3), 143-151.
- Hobfoll, S. K., Canetti-Nisim D., & Johnson J. (2006). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and defensive coping among Jews and Arabs in Israel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(2), 207-218.
- Hollifield, M., Eckert, V., Warner, T. D., Jenkins, J., Krakow, B., Ruiz, J., & Westermeyer, J. (2005). Development of an inventory for measuring war-related events in refugees. *Comprehensive Psychiatry, 46*(1), 67-80.
- Jensen, P. S. (1996). Practical approaches to research with children in violent setting. In R. J. Apfel, & B. Simon (Eds.), *Minefields in their Hearts: The Mental Health of Children in war and Communal Violence* (pp. 206-226). New Haven: Yale University Press.
- Jinhui, L., Theng, Y. I., & Foo, S. (2015). Depression and psychosocial risk factors among community-dwelling older adults in Singapore. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 30*(4), 409-422.
- Lazarus, R. S. (2001). Relational meaning and discrete emotion. *Appraisal Processes in Emotion: Theory, Methods and Research, 95*(8), 92-120.
- Lim, A., Choonpradud, C., Tongkumchum, P., & Chesoh. (2009). Living condition and the path to healing victim's families after violence in southern thailand: A case study in pattani province. *Asian Social Science, 5*(9), 84-92.

- Lopez-Ibor, J. J., Christodoulou, G., Maj, M., Satorrius, N., & Okasha, N. (2005). *Diaster and mental health*. Chichester: John Wiley.
- Maneerat, S. (2011). *Development and Psychometric Evaluation of Thai Elderly Resilience Scale*. Thesis Submitted in partial fulfillment of the Requirements for the Degree of Philosophy in Nursing Prince of Songkla University, Songkla.
- Morrow, P. M., & Wilson, R. C. (1961). Family relationship of bright high-achieving and underachieving high school boy. *Child Development*, 32(3), 501-510.
- North, C. S., Nixon, S. J., Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, C., Spitznagel, North, C. S., Nixon, S. J., Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, C., Spitznagel, E. et al. (1999). (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma bombing. *Journal of American Medical*, 282(8), 755-762.
- Oopipl Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2012). *Situation of the Thai Elderly*. Bangkok: TQ. P. Co., Ltd.
- Park, J. H., Lee, J. J., Lee, S. B., Huh, Y., Choi, E. A., Youn, J. C., Jhoog, J. H., Kim, J. H., Woo, J. I., & Kim, K. W. (2010). Prevalence of major depressive disorder and minor depressive disorder in an elderly Korean population: results from the Korean Longitudinal Study on Health and Aging (KLOSHA). *Journal of Affective Disorders*, 125(1), 234-240.
- Polit D. F., & Beck C. T. (2012). *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9th ed.). Philadelphia, Pa: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Ranna Parekh. (2015). *What is Depression?*. American Psychiatric Association. Retrieved July 11, 2016, from <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-isdepression>.
- Robert, D. C. (2013). *Job Demands and Worker Health*. Washington DC: US Government Printng Office.
- Russell, B. (2007). *New Directions in Disaster Mental Health*. In J. Halpern & M. Tramontin (Eds.), *Disaster Mental Health: Theory and Practice*. Belmont: Thomson Brooks/Cole.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2020). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (10th ed)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Seok, J. H., Lee, K. U., Kim, W., Lee, S. H., Kang, E. H., Ham, B. J., Yang, J. C., & Chae, J. H. (2012). Impact of early-life stress and resilience on patients with major depressive disorder. *Yonsei Medicine Journal*, 53(6), 1093-1098.

- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Shen, K., & Zeng, Y. (2010). The association between resilience and survival among Chinese elderly. *Demographic Research*, 23(5), 105-115.
- Smaho, S., Kuning, M., Tongkumchum, P., & Kitavorn. (2012). Economic self reliance during unrest situation in the deep south Thailand. *International Journal of Business and Social Science*, 3(4), 102-103.
- Smith, M., Segal, J., & Robinson, L. (2017). *Suicide Prevention*. Retrieved from <https://www.helpguide.org/articles/suicide-prevention/suicide-prevention.htm>
- Stoltz, P. G. (1997). *Adversity quotient: Turning obstacles into opportunities*. New York: John Wiley & Sons.
- Stuart GW. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 10th ed. London: Elsevier Health Sciences; 2014.
- Tat, W., & Brian, H. (2016). The association between social capital and depression among Chinese older adults living in public housing. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 204(10), 765-9.
- Thongwachira, C., Thophon, S., Kwanyuen, R., & Niputhuttapong, S. (2017). *Prevalence, Associated Factors of Dementia among the elderly in the Bangkok urban area: a case study in Bang Phlat District*. Bangkok: Mahidol population gazette.
- United Nations. (2018). *World Population Prospects The 2017 Revision Volume I: Comprehensive Tables*. Retrieved from <http://www.un.org/en/development/desa/population>
- Vacarolis, E. M. (2018). *Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing (4th ed.)*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Volkert, J., Schulz, H., Härter, M., Wlodarczyk, O., & Andreas, S. (2013). The Prevalence of Mental Disorders in Older People in Western countries-a meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 339-353
- World Health Organization [WHO]. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization [WHO]. (2011). *Depression [Internet]. 2011*. Retrieved from

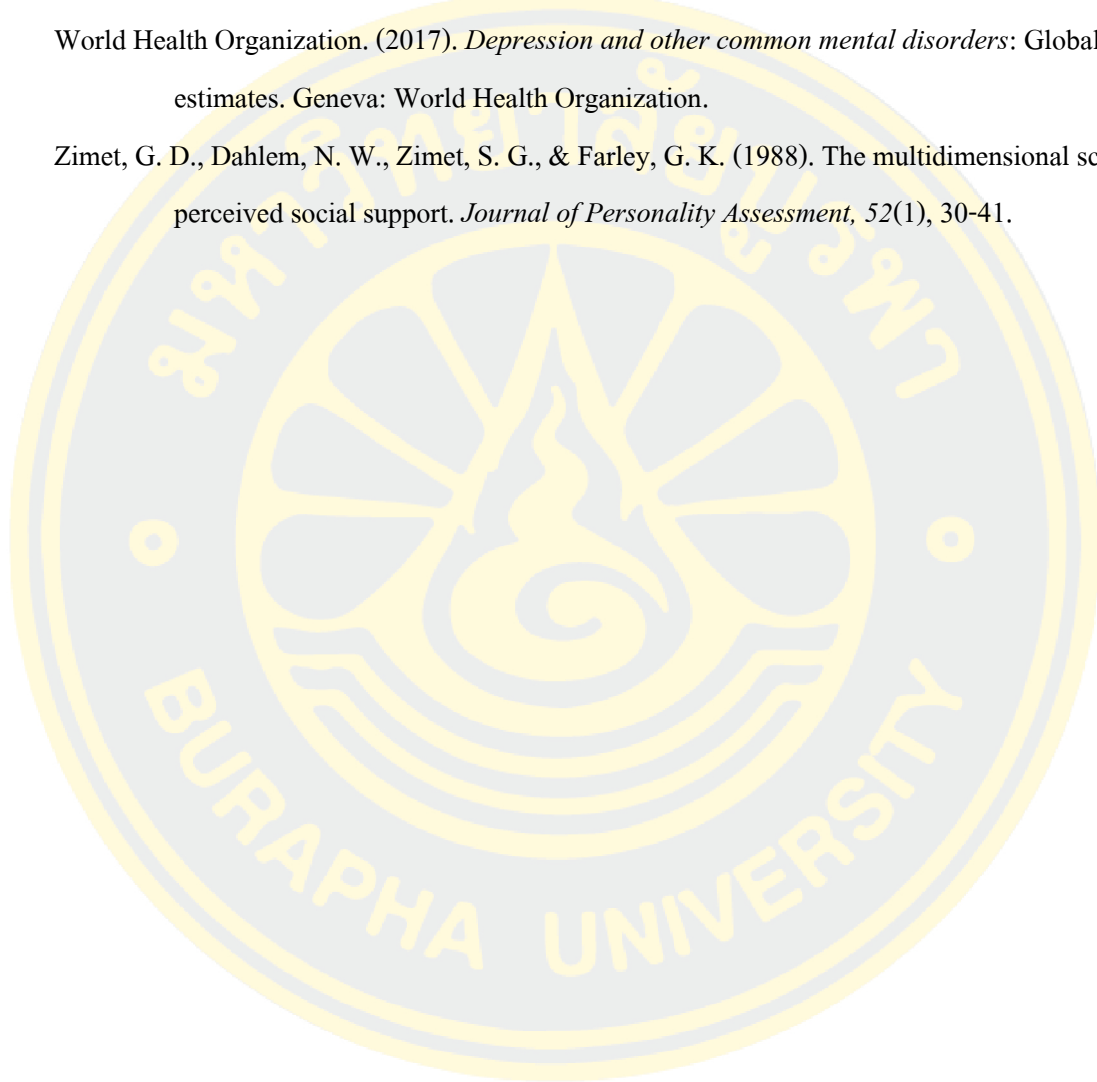
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

World Health Organization [WHO]. (2016). *Fact sheet N369*. Retrieved from

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en>

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva: World Health Organization.

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.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย



เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย :

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)
โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี
ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการการรักษาพยาบาล และผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของข้าพเจ้าแต่อย่างใด

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงประทับลายนิ้วหัวแม่มือขวาของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลายนิ้วหัวแม่มือขวา.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนามพยาน



BUU-IRB Approved

10 Jul 2021



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง อิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัด ปัตตานี
 ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นเป็นภาษาไทย (TMSE)

แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ ใช้ทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองคนไข้สมองเสื่อม ในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจและอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย (คำถาม 6 ข้อ) มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน

คำถาม	คะแนน
1. Orientation (6 คะแนน) วัน, วันที่, เดือน, ช่วงของวัน ที่ไหน ใคร (คนในภาพ)	4 1 1
2. Registration (3 คะแนน) บอกของ 3 อย่าง แล้ว ให้พูดตาม ต้นไม้ รถยนต์ มือ	3
3. Attention (5 คะแนน) ให้บอกวันย้อนหลัง วันอาทิตย์ วันเสาร์ วันศุกร์ วันพฤหัสบดี วันพุธ วันอังคาร วันจันทร์	5
4. Calculation (3 คะแนน) 100-7 ไปเรื่อย ๆ 3 ครั้ง 100, 93, 86, 79	3
5. Language (10 คะแนน) 5.1 ถามว่าสิ่งนี้เรียกว่าอะไร (นาฬิกา, เสื้อผ้า) 5.2 ให้พูดตาม “ขายพาลานไปซื้อขนมที่ตลาด” 5.3 ทำตามคำ (3 ขั้นตอนบอกทั้งประโยคพร้อม ๆ กัน) หยิบกระดาษด้วยมีดขวา พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น แล้วส่งกระดาษให้ ผู้ตรวจ 5.4 อ่านข้อความแล้ว ทำตาม “หลับตา” 5.5 วาดภาพให้เหมือนตัวอย่าง 5.6 กล้ายกับส้มเหมือนกัน คือ..... (เป็นผลไม้) แมวกับหมาเหมือนกัน คือ..... (เป็นสัตว์, เป็นสิ่งมีชีวิต)	2 1 1,1,1 1 2 1
6. Recall (3 คะแนน) ถามของ 3 อย่างที่ให้ทำตามข้อ 2 ต้นไม้ รถยนต์ มือ	3
คะแนนรวมสมองเสื่อม คะแนน ≤ 23	

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อคำถามต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง □ หรือเติมคำตอบลงในช่องว่างที่เว้นไว้ให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน กรุณาตอบให้ครบทุกข้อคำถาม

1. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม 4. อื่น ๆ

4. สถานภาพสมรส

1. โสด 2. สมรส 3. แยกกันอยู่ 4. หม้าย 5. หย่า
 6. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

5. สถานภาพการอยู่อาศัย

1. อยู่ตามลำพัง 2. อยู่กับคู่สมรส
 3. อยู่กับครอบครัว บุตร หลาน 4. อยู่กับญาติ
 5. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

6. ระดับการศึกษาสูงสุด

1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ต่ำกว่าประถมศึกษาและอ่านไม่ออก
 3. ต่ำกว่าประถมศึกษา แต่อ่านออก 4. ประถมศึกษา
 5. มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า 6. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 7. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า 8. สูงกว่าปริญญาตรี

7. ในปัจจุบัน ท่านยังทำงานที่ก่อให้เกิดรายได้หรือไม่

1. ไม่ได้ทำงาน
 2. ทำ โปรดระบุอาชีพ.....

8. รายได้จากการทำงาน (เฉพาะที่ตอบว่าทำงาน ในข้อที่ 7) โดยเฉลี่ย.....บาท/เดือน

9. ถ้าในข้อ 7 ตอบว่าไม่ได้ทำงาน ท่านดำรงชีพอย่างไร

1. เงินสะสม เงินออม
 2. เงินบำเหน็จบำนาญของตนเอง
 3. เงินบำเหน็จบำนาญของคู่สมรส
 4. บุตร หลาน ญาติ พี่น้องสงเคราะห์
 5. อื่น ๆ ระบุ.....

10. สถานะการเงินของท่านเป็นอย่างไร

- 1. ไม่พอใช้ เป็นหนี้สิน
- 2. พอใช้ แต่ไม่มีเก็บ
- 3. พอใช้และมีเหลือเก็บ

11. ท่านเคยประสบเหตุการณ์ความรุนแรงหรือไม่

- 1. ไม่เคย
- 2. เคย (ระบุ) เหตุการณ์ที่เคยประสบ (เช่น ถูกทำร้าย ถูกกระเบิด ถูกข่มขู่ เป็นต้น).....
 ประสบเหตุการณ์มานานเท่าไร?.....
 ผลกระทบที่เกิดขึ้น (เช่น หวาดกลัว ปัญหาการเดินทาง เป็นต้น)

12. บุคคลในครอบครัวของท่านเคยประสบเหตุการณ์รุนแรงหรือไม่

- 1. ไม่เคย
- 2. เคย (ระบุ) ความสัมพันธ์กับท่าน.....
 ประสบเหตุการณ์มานานเท่าไร?.....
 ผลกระทบที่เกิดขึ้น (เช่น หวาดกลัว ปัญหาการเดินทาง เป็นต้น)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์วัดระดับความซึมเศร้า (The Beck Depression Inventory)

คำชี้แจง อ่านข้อความทุกข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วใส่เครื่องหมาย / ข้อที่ตรงกับความรู้สึกของตนเองในตอนนี้เป็นมากที่สุด (คำถาม 21 ข้อ)

ความรู้สึก	ไม่เคย (0)	บางครั้ง (1)	บ่อยครั้ง (2)	เป็นประจำ (3)
1. ท่านรู้สึกเศร้า หดหู่ไม่มีความสุข				
2. ท่านรู้สึกหมดกำลังใจในการมีชีวิตอยู่				
3. ท่านทำอะไรไม่ค่อยสำเร็จ				
4. ท่านไม่สนุกกับสิ่งต่าง ๆ อย่างที่ฉันเคยทำ				
5. ท่านรู้สึกว่าฉันเป็นคนไม่ดี				
6. ท่านรู้สึกว่าฉันกำลังถูกลดโทษ				
7. ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง				
8. ท่านโทษตัวเองสำหรับสิ่งที่เกิดขึ้น				
9. ท่านอยากฆ่าตัวตาย				
10. ท่านอยากร้องไห้				
11. ท่านรู้สึกรำคาญหรือหงุดหงิดใจกับสิ่งต่าง ๆ				
12. ท่านมีความสนใจต่อผู้อื่นน้อยลง				
13. ฉันตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ยากขึ้นกว่าเดิม				
14. ท่านรู้สึกว่ารูปร่าง/หน้าตาของฉันดูแย่ลงกว่าเดิม				
15. ท่านไม่สามารถทำงานได้ดีเท่าเมื่อก่อน				
16. ท่านนอนไม่ค่อยหลับ หรือตื่นเร็วกว่าปกติ				
17. ท่านเหนื่อยง่ายในการทำสิ่งต่าง ๆ				
18. ท่านเบื่ออาหาร				
19. น้ำหนักท่านลดลงกว่าปกติ				
20. ท่านกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายของคุณ				
21. ท่านกังวลใจเรื่องเพศน้อยลง				

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนเครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

- เป็นความจริงมากที่สุด หมายถึง เมื่อข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด
- เป็นความจริงปานกลาง หมายถึง เมื่อข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนใหญ่
- เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย หมายถึง เมื่อข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับท่านเล็กน้อย
- ไม่เป็นความจริงเลย หมายถึง เมื่อข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับท่านเลย

สัมพันธภาพในครอบครัว	เป็นจริงมากที่สุด (4)	เป็นจริงปานกลาง (3)	เป็นจริงบ้างเล็กน้อย (2)	ไม่เป็นจริงเลย (1)
1. สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ รู้ใจว่า ท่านชอบและต้องการอะไร				
2. เมื่อท่านมีปัญหา ท่านได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากคนในครอบครัว				
3. สมาชิกในครอบครัวเอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่ต่อท่าน				
4. ท่านและคนในครอบครัวมีการเอาใจใส่ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ				
5. ท่านและครอบครัวมักใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรก				
6. ท่านและครอบครัวของท่านให้ความสำคัญต่อกิจกรรมผ่อนคลาย เช่น ดูทีวี จัดบ้าน				
7. เมื่อมีเวลาว่างท่านและสมาชิกในครอบครัวมักจะพูดคุยหยอกส่อกันเสมอ				
8. สมาชิกในครอบครัวมักจะชวนท่านไปเที่ยวในสถานที่ที่ท่านชอบ/ต้องการ				

สัมพันธภาพในครอบครัว	เป็นจริงมากที่สุด (4)	เป็นจริงปานกลาง (3)	เป็นจริงบ้างเล็กน้อย (2)	ไม่เป็นจริงเลย (1)
9. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อท่านด้วยท่าทางคำพูดหรือวิธีการที่ไม่เหมาะสม				
10. ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวของท่านจะรับฟังความคิดเห็นของท่าน				
11. ท่านยอมรับการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัวแม้ว่าจะมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน				
12. สมาชิกส่วนใหญ่หรือทุกคนในครอบครัวไม่เปิดโอกาสให้ท่านมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในครอบครัว				
13. การทำกิจกรรมใด ๆ ของครอบครัวมีการวางแผนร่วมกัน				
14. เมื่อท่านและครอบครัวเกิดเรื่องโต้เถียงกัน เป็นเรื่องยากที่จะระงับข้อขัดแย้งระหว่างท่าน กับครอบครัวโดยไม่ให้เกิดผลกระทบกระเทือนต่อผู้ใดผู้หนึ่ง				
15. ท่านและครอบครัวมีความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน				
16. เมื่อมีเรื่องขัดแย้งกัน ท่านและครอบครัวรวมกันหาทางออกโดยสันติวิธี				

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ต่าง ๆ อันเนื่องมาจากเหตุการณ์รุนแรงจากความไม่สงบในจังหวัดปัตตานี ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองว่ามีประสบการณ์ดังกล่าวหรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย ลงในช่องตามที่ท่านมีประสบการณ์ดังกล่าว ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริงของตัวท่านมากที่สุด และหากท่านไม่มีประสบการณ์ดังกล่าวให้เลือกตอบเกี่ยวกับความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้น โดยให้สมมุติว่าหากเกิดเหตุการณ์เช่นนั้นจะรู้สึกอย่างไร

เนื่องจากคำตอบที่ครบถ้วนและตรงตามความเป็นจริงของท่านจะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้าเพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ที่ประสบเหตุการณ์ความไม่รุนแรงต่อไปนี้ ขอให้ประเมินระดับความรู้สึกของท่านว่าอยู่ในระดับใด

ข้อความ	ประสบการณ์		ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น			
	ไม่เคย	เคย	รู้สึก กลัว เล็กน้อย (1)	รู้สึกกลัว ปานกลาง (2)	รู้สึกกลัว มาก (3)	รู้สึกกลัว มาก (4)
1. ท่านเห็นเหตุการณ์ความรุนแรงจากโทรทัศน์ หรือสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ เช่น การวางระเบิดในตลาดหรือลอบยิง						
2. ท่านได้ยินข่าวจากคนในชุมชนหรือคนอื่น ๆ เกี่ยวกับการลอบวางระเบิด ลอบวางเพลิง หรือลอบยิง						
3. ท่านได้ยินข่าวเกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรงที่มีผู้คนบาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิต						
4. ท่านได้ยินข่าวประชาชนและเจ้าหน้าที่รัฐเสียชีวิต						

ข้อความ	ประสบการณ์		ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น			
	ไม่เคย	เคย	รู้สึก กลัว เล็กน้อย (1)	รู้สึกกลัว ปานกลาง (2)	รู้สึกกลัว มาก (3)	รู้สึกกลัว มาก (4)
เนื่องจากเหตุการณ์ความรุนแรง						
5. ท่านได้รับข่าวจากสื่อออนไลน์เช่น อีเมลล์ เฟสบุ๊ก เกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรงที่มีผู้คนบาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิต						
6. ท่านได้ยินข่าว เกี่ยวการเผาโรงเรียน เผามัสยิด หรือการลอบยิงคนในหมู่บ้าน จากคนในครอบครัวญาติสนิท เพื่อนหรือคนอื่น ๆ						
7. ท่านเห็นภาพซากปรักหักพังจากสื่อต่าง ๆ หลังจากไฟไหม้โรงเรียน หรือมัสยิดในหมู่บ้าน						
8. ท่านเห็นภาพจากสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับความซุลมุนวุ่นวาย การระเบิด และการลอบทำร้ายเจ้าหน้าที่เก็บกู้ระเบิด						
9. ท่านเห็นภาพร้านค้า ร้านอาหาร ที่ท่านซื้อของเป็นประจำปิดกิจการเนื่องจาก						

ข้อความ	ประสบการณ์		ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น			
	ไม่เคย	เคย	รู้สึก กลัว เล็กน้อย (1)	รู้สึกกลัว ปานกลาง (2)	รู้สึกกลัว มาก (3)	รู้สึกกลัว มาก (4)
เหตุการณ์ความรุนแรงจากสื่อต่าง ๆ						
10. ท่านเห็นการปะทะกันระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐและผู้ก่อความไม่สงบจากสื่อต่าง ๆ						
11. ท่านอยู่ในสถานการณ์ที่สมาชิกในครอบครัว หรือญาติสนิท ได้รับบาดเจ็บจนต้องพบแพทย์ เนื่องจากการลอบวางระเบิด ลอบยิง หรือวางเพลิง						
12. ท่านอยู่ในสถานการณ์ที่สมาชิกในครอบครัว หรือญาติสนิทเสียชีวิตจากการลอบวางระเบิด ลอบยิง หรือวางเพลิง						
13. ท่านอยู่ในสถานการณ์ที่เพื่อนหรือคนรู้จักของท่าน ได้รับบาดเจ็บจากการถูกลอบวางระเบิด ลอบยิง หรือวางเพลิง						
14. ท่านอยู่ในสถานการณ์ที่เพื่อนหรือคนรู้จักของท่าน เสียชีวิตจากการถูกลอบวางระเบิด ลอบยิง หรือวางเพลิง						

ข้อความ	ประสบการณ์		ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น			
	ไม่เคย	เคย	รู้สึก กลัว เล็กน้อย (1)	รู้สึกกลัว ปานกลาง (2)	รู้สึกกลัว มาก (3)	รู้สึกกลัว มาก (4)
15. ท่านไปร่วมพิธีกรรมทางศาสนาของผู้ที่เสียชีวิตอันเนื่องมาจากการลอบวางระเบิด ลอบวางเพลิง ลอบยิง						
16. ท่านเห็นควันไฟ ชากปรักหักพังภายหลังการเผาไหม้จากการลอบวางระเบิด ลอบวางเพลิง						
17. ท่านเคยช่วยคนในหมู่บ้านดับไฟและช่วยผู้ได้รับบาดเจ็บจากการลอบวางระเบิด ลอบวางเพลิง หรือลอบยิง						
18. ท่านพบเห็นหรืออยู่ในเหตุการณ์ที่มีผู้ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตเนื่องจากการลอบวางระเบิด ลอบยิง หรือวางเพลิง						
19. ท่านได้ยินเสียงปืนดัง เสียงเครื่องบินคำรามก้องไปทั่วฟ้าใกล้ ๆ กับชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่						
20. ผู้นำชุมชนของท่าน เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน						

ข้อความ	ประสบการณ์		ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น			
	ไม่เคย	เคย	รู้สึก กลัว เล็กน้อย (1)	รู้สึกกลัว ปานกลาง (2)	รู้สึกกลัว มาก (3)	รู้สึกกลัว มาก (4)
ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการถูกลอบวางระเบิด ลอบยิง หรือวางเพลิง						
21. ท่านและสมาชิกในครอบครัวได้รับผลกระทบด้านจิตใจเมื่อได้รับบาดเจ็บจนต้องพบแพทย์ หรือเกือบเสียชีวิต เนื่องจากเหตุการณ์ความรุนแรงและการปะทะกัน						
22. ท่านได้รับผลกระทบด้านจิตใจเมื่อเพื่อนหรือคนรู้จักของท่านเสียชีวิตเนื่องจากเหตุการณ์ความรุนแรง เช่นการลอบวางระเบิด วางเพลิง ลอบยิง						
23. ท่านนอนไม่หลับ หรือนอนฝันร้ายเนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบ เช่น ลอบวางระเบิด ลอบวางเพลิงหรือลอบยิง						
24. ท่านและสมาชิกในครอบครัวรู้สึกไม่ปลอดภัยและต้องระมัดระวังตัวในการใช้						

ข้อความ	ประสบการณ์		ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น			
	ไม่เคย	เคย	รู้สึก กลัว เล็กน้อย (1)	รู้สึกกลัว ปานกลาง (2)	รู้สึกกลัว มาก (3)	รู้สึกกลัว มาก (4)
ชีวิตมากกว่าปกติเนื่องจากเหตุการณ์ความรุนแรง						
25. ท่านได้รับผลกระทบด้านจิตใจเมื่อสมาชิกในครอบครัวญาติสนิท เพื่อน หรือคนรู้จัก ถูกคุมตัว คุมขัง หรือสูญหาย						
26. ท่านได้รับผลกระทบด้านจิตใจเมื่อผู้นำชุมชนของท่าน ถูกยิงจนได้รับบาดเจ็บ หรือเสียชีวิตจากความรุนแรง						
27. ท่านไม่ไว้วางใจ หวาดระแวง และไม่กล้าพูดคุย เรื่องเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับคนแปลกหน้าหรือคนที่ไม่ไว้วางใจ						
28. ท่านได้รับผลกระทบด้านจิตใจเมื่อท่านและสมาชิกในครอบครัวประสบกับความยุ่งยากในการใช้ชีวิตประจำวันที่เป็นผลเนื่องจากเหตุการณ์ความรุนแรง						
29. ท่านได้รับผลกระทบด้านจิตใจเมื่อท่านและสมาชิกในครอบครัวต้องหยุดเรียนและ						

ข้อความ	ประสบการณ์		ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น			
	ไม่เคย	เคย	รู้สึก กลัว เล็กน้อย (1)	รู้สึกกลัว ปานกลาง (2)	รู้สึกกลัว มาก (3)	รู้สึกกลัว มาก (4)
ทำงาน หรือย้ายโรงเรียนและที่ทำงาน หรือ ออกจากพื้นที่เนื่องจากเหตุการณ์ความรุนแรง						
30. ท่านได้รับผลกระทบด้านจิตใจเมื่อครอบครัวของท่านสูญเสียรายได้ หรือ มีรายได้ลดลงจนไม่เพียงพอในการดำรงชีวิตประจำวัน เนื่องจากเหตุการณ์ความรุนแรง						
31. ท่าน สมาชิกครอบครัว เพื่อน คนรู้จัก หรือคนในชุมชนของท่านเกิดความขัดแย้งกับผู้อื่นทางด้านมุมมองและความคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรง						
32. ท่าน สมาชิกครอบครัว เพื่อน คนรู้จัก หรือคนในชุมชนของท่าน เกิดความความขัดแย้งกับผู้อื่นทางด้านความแตกต่างของศาสนา ภาษา และวัฒนธรรม						

ข้อความ	ประสบการณ์		ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น			
	ไม่เคย	เคย	รู้สึก กลัว เล็กน้อย (1)	รู้สึกกลัว ปานกลาง (2)	รู้สึกกลัว มาก (3)	รู้สึกกลัว มาก (4)
33. ท่าน สมาชิกครอบครัว เพื่อน คนรู้จัก หรือคนใน ชุมชนของท่านไม่สามารถ พูดคุย พบปะกลุ่มเพื่อนเพื่อ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่าง เปิดเผยเนื่องจากอยู่ในพื้นที่ ความไม่สงบ						
34. ท่าน สมาชิกครอบครัว เพื่อน คนรู้จัก หรือคนใน ชุมชนของท่านถูกเฝ้าสังเกต ถูกสอบสวน ถูกติดตาม และ ถูกรายงานให้ทางการทราบ						
35. ท่าน สมาชิกครอบครัว เพื่อน คนรู้จัก หรือคนใน ชุมชนของท่านถูกกีดกันการ เข้าศึกษาต่อในโรงเรียน เนื่องจากเหตุการณ์ความไม่ สงบ						
36. ท่าน สมาชิกครอบครัว เพื่อน คนรู้จัก หรือคนใน ชุมชนของท่านไม่ได้รับความ เป็นธรรมจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ ในการใช้บริการต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาล อำเภอ						

ข้อความ	ประสบการณ์		ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น			
	ไม่เคย	เคย	รู้สึก กลัว เล็กน้อย (1)	รู้สึกกลัว ปานกลาง (2)	รู้สึกกลัว มาก (3)	รู้สึกกลัว มาก (4)
37. สมาชิกครอบครัว เพื่อน คนรู้จัก หรือคนในชุมชนของ ท่านถูกกล่าวหาว่าเป็นโจรก่อ การร้ายและ ไม่มีใครกล้าช่วย ด้วย						

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่ ระดับใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง หลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยแต่ละข้อมีเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมากที่สุด
- 6 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก
- 5 หมายถึง เห็นด้วย
- 4 หมายถึง เฉย ๆ
- 3 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมากที่สุด

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับคะแนน						
		1	2	3	4	5	6	7
1	มีคนพิเศษที่คอยอยู่ข้าง ๆ ท่าน เมื่อท่านมีความจำเป็น							
2	มีคนพิเศษ ผู้ที่ร่วมทุกข์ร่วมสุขกับท่าน							
3	ครอบครัวของท่านพยายามที่จะช่วยเหลือท่านจริง ๆ จัง ๆ							
4	ท่านได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนทางจิตใจจากครอบครัวของท่านเวลาที่ท่านมีเรื่องเดือดร้อน							
5	ท่านมีคนพิเศษ ที่ให้ความอบอุ่นและความรู้สึกสุขสบาย							
6	เพื่อนของท่านพยายามช่วยเหลือท่านอย่างจริงจัง							
7	ท่านสามารถพึ่งพาเพื่อนของท่านได้ในเวลาที่ท่านมีปัญหา							
8	ท่านสามารถเล่าปัญหาของท่านให้ครอบครัวของท่านฟังได้							
9	ท่านมีเพื่อนที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขได้							
10	ท่านมีคนพิเศษที่ห่วงใยความรู้สึกของท่านเสมอ							
11	ครอบครัวของท่านเต็มใจที่จะช่วยท่านในการตัดสินใจ							
12	ท่านสามารถเล่าปัญหาของท่านให้เพื่อนของท่านได้							

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์ความเข้มแข็งทางใจ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนกระทั่งถึงปัจจุบันนี้ โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้องมีข้อความ 24 ข้อ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริง หรือตรงกับตัวท่านมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริง หรือตรงกับตัวท่านพอประมาณ

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริง หรือตรงกับตัวท่านค่อนข้างน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่เป็นจริง หรือไม่ตรงกับตัวท่านเลย

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็นด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย
1.ท่านเป็นคนที่ชอบพูดคุยกับผู้อื่น				
2.ทุกวันนี้ ท่านมีโอกาสดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่มกับเพื่อนบ่อยครั้ง				
5.ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ท่านมีโอกาสดำเนินช่วยเหลือคนอื่นมามาก				
6.โดยปกติ ท่านเป็นคนที่ชอบทำกิจกรรมเป็นกลุ่มกับผู้อื่น				
7.ท่านรู้สึกว่าการมีชีวิตอยู่ของท่านทุกวันนี้มีคุณค่า				
8.ท่านเป็นคนที่มีความอดทนต่อความยากลำบากได้ดี				
9.ทุกวันนี้ท่านมั่นใจว่าจะสามารถแก้ไขทุกปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตได้เสมอ				
10.ท่านรู้สึกพอใจแล้วกับชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบัน				
11.ท่านมีสิ่งที่ทำให้ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในชีวิต				
12.ทุกวันนี้ ท่านมีคนในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ที่ท่านรู้สึกไว้วางใจได้เสมอ				

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็นด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย
13.ทุกวันนี้ ท่านมีคนอย่างน้อย 1 คน ที่ท่านหวังพึ่ง ด้านสิ่งของ หรือเงินทอง ได้ตลอดเวลา				
14.ท่านมีคนที่เป็นเพื่อนพูดคุย หรือปรับทุกข์กับท่าน ได้ตลอดเวลา				
15.ทุกวันนี้ ท่านมีกลุ่มเพื่อนคอยเป็นกำลังใจ หรือ คอยช่วยเหลือในยามที่ท่านมีทุกข์				
16.ทุกวันนี้ ท่านมีโอกาสได้อธิษฐาน หรือขอพรให้ สิ่งดี ๆ เกิดขึ้นกับชีวิตเสมอ				
17.ทุกวันนี้ ท่านมีโอกาสได้ปฏิบัติกิจกรรมทาง ศาสนา หรือปฏิบัติตามความเชื่อของท่านสม่ำเสมอ				
18.เมื่อมีความทุกข์ ท่านมีที่พึ่งทางใจที่ทำให้ท่าน รู้สึกอบอุ่นใจ				
19.ท่านนำหลักคำสอนทางศาสนา หรือสิ่งที่เคารพ นับถือมาปฏิบัติเมื่อมีความทุกข์				
20.เมื่อมีความทุกข์ ท่านพูดให้กำลังใจ หรือปลอบใจ ตัวเองได้เสมอ				
21.ท่านสามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากในอดีตมาใช้ใน ชีวิต หรือแก้ไขปัญหาปัจจุบันได้				
22.เมื่อมีความทุกข์ ท่านสามารถหาวิธีคลายทุกข์ให้ ตัวเองได้				
23.ท่านเป็นคนใจเย็นควบคุมอารมณ์ตนเองได้ดี ใน สถานการณ์คับขัน				
24.ท่านสามารถเล่าความทุกข์ ให้กับคนที่ท่าน ไว้วางใจฟังได้				



ภาคผนวก ค

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมวิจัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย โทร. ๒๖๒๐

ที่ อว ๘๑๐๐/-

วันที่ ๑๙ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

เรื่อง ขอส่งสำเนาเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เรียน นางสาวอัสมีรา มะเก

ตามที่ท่าน ได้ยื่นเอกสารคำร้องเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS057/2564(E1) โครงการวิจัย เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี นั้น

บัดนี้ โครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา สำหรับโครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาและระดับปริญญาตรี ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม ในฐานะผู้ประสานงาน จึงขอส่งสำเนา เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน ๑ ฉบับ เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และเอกสารเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยประทับตรา รับรองเรียบร้อยแล้ว มายังท่าน เพื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

นางสาวรมร แยมประทุม

(นางสาวรมร แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สำหรับโครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาและระดับปริญญาตรี
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)



ภาคผนวก ง

หนังสือขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย และขอเก็บรวบรวมข้อมูล



ที่ อว 67.26/1228

คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
เลขที่ 2 ถนนพระจันทร์ กรุงเทพฯ 10200

7 พฤษภาคม 2564

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ อว 8137/583 ลงวันที่ 2 เมษายน 2564

ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งว่า นางสาวอัสมีรา มะเก รหัสประจำตัวนิสิต 62920050 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “การสนับสนุนทางสังคม ความเหมาะสมกับระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมและความผูกพันในงาน กรณีศึกษาพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบนสายการบินแห่งหนึ่ง” ของ นายยศย จันทรวงศา หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ซึ่งจบการศึกษาในปีการศึกษา 2558 เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

สาขาวิชาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ขอเรียนว่า สาขาวิชา มีความยินดีอนุญาตให้ นางสาวอัสมีรา มะเก ใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ตามที่ขอ ทั้งนี้ ขอให้อ้างอิงตามรูปแบบที่เหมาะสมด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ เวธาพิสิฐ)

รองคณบดีฝ่ายบริหารท่าพระจันทร์และบัณฑิตศึกษา
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะศิลปศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะฯ

โทร. 02-613-2695



คณะกรรมการคณาจารย์
มหาวิทยาลัยบูรพา
00705
12 พ.ค. 2564
9 19 น.

บันทึกวิพากษ์
รับที่ 00 3 34
วันที่ 7 พ.ค. 2564
เวลา 15:31

ที่ อว 67.26/1228

คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
เลขที่ 2 ถนนพระจันทร์ กรุงเทพฯ 10200

7 พฤษภาคม 2564

f. and...

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ อว 8137/583 ลงวันที่ 2 เมษายน 2564

ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งว่า นางสาวอัสมิรา มะเก รหัสประจำตัวนิสิต 62920050 หลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง
"การสนับสนุนทางสังคม ความเหมาะสมกันระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมและความผูกพันในงาน กรณีศึกษาพนักงาน
ต้อนรับบนเครื่องบินบนสายการบินแห่งหนึ่ง" ของ นายยศยง จันทรวงศา หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ซึ่งจบการศึกษาในปริญญาดุษฎีบัณฑิต
เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

สาขาวิชาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ขอเรียนว่า สาขาวิชา มีความยินดี
อนุญาตให้ นางสาวอัสมิรา มะเก ใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ตามที่ขอ ทั้งนี้ ขอให้
อ้างอิงตามรูปแบบที่เหมาะสมด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน คณบดี

จึงเรียนมาเพื่อ

๑. เพื่อโปรดทราบ

๒. เห็นควรแจ้งงานบัณฑิต (คุณครูณี) ทราบ

เพื่อดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

สุภาวณี ๑๒ พ.ค. ๖๔

*เรื่องตาม ๒
อ. น. น.
13 พค 64*

ขอแสดงความนับถือ
ทศพร ไรภพกิจ

(รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ เมธาพิสิฐ)

รองคณบดีฝ่ายบริหารท่าพระจันทร์และบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะศิลปศาสตร์

เรียน คณบดี
เพื่อโปรดทราบ

สำนักงานเลขานุการคณะฯ

โทร. 02-613-2695

กนกนที
๗ พค ๖๖๔

7 พค. 64

|| หัวคณะ: พทพ + นิตย ทพ
NOUGUEN HONGRATHEE
อ. น. น.



คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

ฝ่ายวิจัย

2 ถนนวิภาวดีรังสิต บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทร. 0 2419 2680

ที่ อว 78.07/02474

วันที่ 12 พฤษภาคม 2564

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือวิจัย จาก น.ส.อัสมิรา มะเก

เรียน อธิการบดี

มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ อว 8137/585 ลงวันที่ 2 เมษายน 2564

ตามที่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ น.ส.อัสมิรา มะเก รหัสประจำตัวนิสิต 62920050 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ ใช้เครื่องมือวิจัย คือแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) จากงานวิจัยเรื่อง “แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย” ของ นพ.นิพนธ์พวงวรินทร์ และคณะกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ตีพิมพ์ในวารสาร สารศิริราช, ๔๕(๖), ๓๕๙๔-๓๖๑๔, ๒๕๓๖ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี” ความละเอียดดังกล่าวแล้ว

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วยินดียินยอมให้ น.ส.อัสมิรา มะเก ใช้เครื่องมือวิจัยฯ ได้ตามที่ขอความอนุเคราะห์มาทั้งนี้รายละเอียดขอให้ประสานงานโดยตรงได้ที่ สาขาวิชาประสาทวิทยาภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล โทร.0 2419 7101-2

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบฟอร์มขอใช้มาตราวัด

① **เรียน คณบดี คณะจิตวิทยา**

ข้าพเจ้า นางสาวณัฏฐ์ศรีรัตน์ น.ท. _____
 นิสิตนักศึกษา เลขประจำตัว 02921050 ระดับการศึกษา ปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก
 คณะ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัย _____ สาขาวิชาจิตวิทยา สาขาจิตวิทยา
 อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิมลฤกษ์กุล โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาจารย์ คณะ _____ มหาวิทยาลัย _____
 ผู้สนใจ หน่วยงาน _____
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 113/4 ถนน _____ ซอย _____ ตำบลบางพลีใหญ่ กรุงเทพฯ
 อำเภอ บางพลี จังหวัด ปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 10910
 โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 0195699288 อีเมล Asmita.19910@gmail.com

มีความประสงค์ขอใช้มาตราวัด
 ชื่อมาตราวัด มาตราวัดการประเมินความเครียด ชื่อผู้พัฒนามาตราวัด ศาสตราจารย์ ดร. วิมลฤกษ์กุล ผู้พัฒนา
 จากวิทยาลัยนวัตน์ทางจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ขอใช้เพื่อใช้ในการวิจัยเรื่อง การประเมินความเครียดของผู้เรียนในสาขาจิตวิทยา
 คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาของผู้พัฒนามาตราวัด (ในกรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์ โปรดระบุชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ของผู้พัฒนา
 มาตราวัด) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิมลฤกษ์กุล ปี พ.ศ. 2564
 วัตถุประสงค์ของการใช้งาน โครงการทางจิตวิทยา การวิจัย วิทยานิพนธ์
 การเรียนการสอน อื่น ๆ โปรดระบุ _____

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ
 นางสาวณัฏฐ์ศรีรัตน์ น.ท.
 วันที่ 17 / มิถุนายน 2564

② อาจารย์ที่ปรึกษาของผู้ใช้มาตรา (ในกรณีที่ใช้มาตราเป็นนิสิตนักศึกษา)

 ชื่อ ดร. วิมลฤกษ์กุล
 วันที่ 17 / มิถุนายน 2564

③ ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยาตรวจสอบ
ตรวจสอบมาตราวัดเรียบร้อยแล้ว มีข้อควรทราบดังนี้
 ชื่อ ดร. วิมลฤกษ์กุล วันที่ 18 / 6 / 64
 ชื่อ ดร. วิมลฤกษ์กุล วันที่ 18 / 6 / 64

④ อาจารย์ที่ปรึกษาของผู้พัฒนามาตราวัด (ในกรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์) / เจ้าของผลงาน (ในกรณีที่เป็นงานวิจัย)
 อนุญาต
 ไม่อนุญาต เพราะ _____
 ชื่อ ดร. วิมลฤกษ์กุล
 วันที่ _____

⑤ คณบดี คณะจิตวิทยา
อนุมัติ
 อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ
 ชื่อ ดร. วิมลฤกษ์กุล
 วันที่ 22 มิ.ย. 2564, เวลา 16:00



สัญญาขอใช้มาตรการทางจิตวิทยา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้น ณ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งอยู่ที่อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 7 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 11 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2564 ระหว่าง คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณระพี สุทธิวรรณ ตำแหน่ง คณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งต่อไปในสัญญาฉบับนี้ จะเรียกว่า "ผู้อนุมัติให้ใช้มาตรการวัด" ฝ่ายหนึ่งกับ (นาย/นาง/นางสาว) อัสมีร์รา พลใจ เลขประจำตัวนิสิต 62920050 ระดับปริญญาโท คณะ ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย ปทุมวัน อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉันทศุกร ใจใส่นายกคสศ. เข้าศึกษาเมื่อปีการศึกษา 2562 สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์ เลขประจำตัวประจำตัวประชาชน 1940800031225 ที่อยู่ปัจจุบัน 213/4 หมู่ 5 ถนน แขวง/ตำบล ไท่พวงง เขต/อำเภอ ไ้แม่แก้ว จังหวัด ยะลา รหัสไปรษณีย์ 94220 หมายเลขโทรศัพท์ 0655090788 ซึ่งต่อไปในสัญญานี้ จะเรียกว่า "ผู้ขอใช้มาตรการทางจิตวิทยา" อีกฝ่ายหนึ่ง มีความประสงค์จะขอใช้มาตรการวัด ชื่อมาตรการ มาตรการปรับระดับกลุ่มจิตวิทยาที่มีความเสี่ยง จากวิทยานิพนธ์งานวิจัยเรื่อง ศึกษากลุ่มเสี่ยงระดับกลุ่มอันนี้ของภาคเกษตรกรรมโดยไปส่งมอบ การส่งมอบปัญหา และคหกรรมของนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่มีคุณลักษณะที่ต่างจากคนธรรมดาได้ของประเทศไทย ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาของผู้พัฒนามาตรการ (ในกรณีที่มีจากวิทยานิพนธ์ โปรดระบุชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ของผู้พัฒนามาตรการ) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศันญา คุ้มศิริ ปี พ.ศ. 2564

วัตถุประสงค์ของการใช้งาน โครงการทางจิตวิทยา การวิจัย วิทยานิพนธ์ การเรียนการสอน อื่น ๆ โปรดระบุ

ผู้ขอใช้มาตรการทางจิตวิทยายินยอมตามข้อตกลง ดังนี้

- 1 มาตรการทางจิตวิทยาเป็นลิขสิทธิ์ของคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 2 ผู้ขอใช้มาตรการทางจิตวิทยาได้รับต้นฉบับและ/หรือไฟล์ต้นฉบับของมาตรการและวิธีคิดคะแนน และยินดีปฏิบัติตาม

ข้อตกลงในสัญญา ดังนี้

- 2.1 ผู้ขอใช้มาตรการทางจิตวิทยาจะต้องนำมาตรการทางจิตวิทยานี้ไปใช้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น
- 2.2 การอนุญาตให้ใช้มาตรการอนุญาตเฉพาะครั้งนี้เท่านั้นที่ขอมมา

2.3 ผู้ขอใช้มาตรการทางจิตวิทยาจะไม่เปิดเผยหรือนำมาตรการทางจิตวิทยาที่ไปใช้ไปประโศภนต่อ ไม่ว่าจะทำไปใช้ ประโยชน์ทางตรงหรือทางอ้อม เพื่อประโยชน์ของตนเองหรือผู้อื่น นำไปใช้ในเชิงพาณิชย์ หรือนำไปใช้เพื่อการอื่นใด ซึ่งข้อมูลหรือ เอกสารใดๆ ไม่ว่าจะเป็นบันทึกหรือจัดเก็บในรูปแบบใด

2.4 ผู้ขอใช้มาตรการทางจิตวิทยาจะต้องระบุรายการอ้างอิงของมาตรการที่ได้ รับอนุญาตจากคณะจิตวิทยา ไปถูกต้องใน รายงานการวิจัยและหรือวิทยานิพนธ์ ตลอดจนการตีพิมพ์ผลงานลงในเอกสารใดๆ ที่นำมาตรการนี้ไปใช้ และส่งสำเนาหรือไฟล์ .pdf มา ทางอีเมล โดยแจ้งให้ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรทุกครั้ง

2.5 หลังจากนำมาตรการนี้ไปใช้ในการเก็บข้อมูลและรวบรวมข้อมูลสำหรับวิทยานิพนธ์และ/หรืองานวิจัยในครั้งนั้นเสร็จ สิ้นแล้ว เพื่อให้คณะจิตวิทยาข้อมูลเกี่ยวกับมาตรการที่นำไปใช้และไว้ใช้ประโยชน์ในการศึกษามาตรการนี้ต่อไป ผู้ขอใช้มาตรการทาง จิตวิทยาจะต้องส่งรายงาน 1 เล่ม ในรูปแบบของไฟล์ word และรูปเล่ม 1 ฉบับ ที่ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา ประกอบด้วย

2.5.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ได้นำมาตรการนี้ไปใช้

2.5.2 การหาคคุณภาพของเครื่องมือ ความเที่ยงและความตรง (หากมี)

2.6 การอ้างอิงมาตรการทางจิตวิทยาในเล่ม ส่วนของภาคผนวก ไม่อนุญาตให้ผู้ขอใช้มาตรการทางจิตวิทยานำ มาตรการฉบับเต็มไปใส่ในเล่มวิทยานิพนธ์และ/หรืองานวิจัย อนุญาตให้ใส่เพียงตัวอย่างเป็นข้อ ๆ ด้านละไม่เกิน 3 ข้อ

3. การระับการขอใช้มาตรการทางจิตวิทยา จะระับเมื่อ

3.1 ผู้ขอใช้มาตรการทางจิตวิทยาไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงในสัญญาฉบับนี้ ตามข้อ 1- ข้อ 3 โดยไม่มีเหตุอันสมควร และไม่ได้แจ้งให้ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร

3.2 คณะกรรมการบริหารศูนย์ประเมินทางจิตวิทยาพิจารณาเห็นสมควรให้ระับ

4. คณะจะไม่รับผิดชอบการละเมิดลิขสิทธิ์ทางปัญญา และคณะจะดำเนินการตามกฎหมายต่อไปจนถึงที่สุด

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้นเป็น 3 ฉบับ มีข้อความตรงกันทุกประการ ต้นฉบับเก็บที่ผู้ขอใช้มาตรการทางจิตวิทยา คู่ฉบับ 1 ฉบับ เก็บที่ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา คู่ฉบับอีก 1 ฉบับ ให้อาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิต/นักศึกษา

ข้าพเจ้าได้วันทราบข้อความข้างต้นโดยตลอดแล้ว และยินดีจะปฏิบัติตามทุกประการ หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตาม ข้อตกลงที่ให้ไว้ ข้าพเจ้ายินดีให้คณะจิตวิทยาดำเนินการระับการอนุญาตให้ใช้มาตรการทางจิตวิทยาได้

ลงนาม อัคริษฐ์ มณี ผู้ขอใช้มาตรการ
(นางสาวอัคริษฐ์ มณี)
วันที่ 11 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2564

ลงนาม [Signature]
อาจารย์ที่ปรึกษาของผู้ใช้มาตรการ
(ผู้ทรงคุณวุฒิ ศ. รุ่งรัศมิ์ รุ่งโรจน์ ภาณุพงศ์)
วันที่ 11 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2564
(กรณีนำไปใช้ในวิทยานิพนธ์)

ลงนาม [Signature] ถนอมดี
22 มิถุนายน 2564
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวรรณระพี สุทธิวรรณ)
วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ที่ อว ๘๑๓๗/๒๖๘๓



โรงพยาบาลไม้แก่น	
รับเลขที่	199
วันที่	1 ก.ย. 2564
เวลา	10.47 น.
ชื่อผู้รับ	กัญญา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๓๖๔ ถ.กลางหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๓

๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไม้แก่น จังหวัดปัตตานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
- เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (หาคุณภาพ)

ด้วยนางสาวอัสมีรา มะเก रहสประจำตัวนิติศ ๒๒๔๒๐๐๕๐ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพจากเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตดังกล่าวยื่นคำขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยและขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลตะโละไกรทอง และตำบลไทรทอง อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ตั้งแต่ ๖ เดือนขึ้นไป จำนวน ๓๐ คน โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

- มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ปกติ โดยประเมินจากการสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง
- สามารถได้ยิน และสื่อสารภาษาไทยและภาษามลายู (ภาษาชาว) ได้เข้าใจ
- ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยทำแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมของไทย (TMSE) มีคะแนนตั้งแต่ ๒๔ คะแนนขึ้นไป

ทราบ แจ้งดำเนินการ ไม่ทราบ ไม่แจ้งดำเนินการ

ในระหว่างวันที่ ๒๓ - ๓๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตดังกล่าวยื่นคำขออนุญาตได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖๕-๕๖๐๑-๐๗๘๘ หรือ E-mail: asmira130900@gmail.com

- กลุ่มงานบริหารงาน
- กลุ่มงานบริหารงานวิชาการ
- กลุ่มงานบริหารงานการแพทย์/รังสีวิทยา
- กลุ่มงานทันตกรรม
- กลุ่มงานประกันสุขภาพและสารสนเทศ
- กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ
- กลุ่มงานการแพทย์
- กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย
- กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
- งานร่อนนาคคุณภาพบริการ
- อื่นๆ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจิ โขมมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

โทร ๐๗๘ ๓๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

1 จาก 1



ที่ อว ๘๑๓๗/๒๖๘๒

โรงพยาบาลไม้แก่น
 รับเลขที่ 1999
 วันที่ 1 มิ.ย. 2564
 เวลา 10.00 น.
 ชื่อผู้รับ ลิงเปล
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
 ๑๖๔ ถ.สงครามสามัคคี ต.แสนสุข
 อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๓

๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไม้แก่น จังหวัดปัตตานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
 ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนางสาวอัสมีรา มะเก รหัสประจำตัวนิสิต ๒๒๔๒๐๐๕๐ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตดังกล่าวขังดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยและขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลตะโกละไทรทอง และตำบลไทรทอง อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ตั้งแต่ ๖ เดือนขึ้นไป จำนวน ๑๕๕ คน โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

๑. มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ปกติ โดยประเมินจากการสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง
๒. สามารถได้ยิน และสื่อสารภาษาไทยและภาษามลายู (ภาษายาวี) ได้เข้าใจ
๓. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยทำแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมของไทย (TMSE) มีคะแนนตั้งแต่ ๒๔ คะแนนขึ้นไป

การตาม

แจ้งดำเนินการ

- กลุ่มงานบริหารทั่วไป
 - กลุ่มงานส่งเสริมวิชาการ
 - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพจิต
 - กลุ่มงานแผนกนิเทศการแพทย์/รังสีวิทยา
 - กลุ่มงานทันตกรรม
 - กลุ่มงานประกันสุขภาพและการสนทนา
 - กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ
 - กลุ่มงานการแพทย์
 - กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย
 - กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
 - งานพัฒนาคุณภาพบริการ
 - อื่นๆ
- บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
 โทร ๐๘๘ ๓๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๓, ๗๐๔, ๗๐๗
 E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

Signature
 12/6/24

ขอแสดงความนับถือ
Signature

(รองศาสตราจารย์ ดร.บุจรี ไชยมงคล)
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
 อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวอัสมีรา มะเก
วัน เดือน ปี เกิด	13 พฤษภาคม พ.ศ. 2536
สถานที่เกิด	จังหวัดปัตตานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	213/4 หมู่ 5 ตำบลไทรทอง อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี 94220
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2558-25560 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลภัทร-ธนบุรี พ.ศ. 2560-2562 พยาบาลวิชาชีพ ประจำโรงงาน พ.ศ. 2562-ปัจจุบัน พยาบาลพาทไทย เขตกรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2558 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยปทุมธานี พ.ศ. 2564 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) มหาวิทยาลัยบูรพา