

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า  
ของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค

สารนิพนธ์  
ของ  
สมใจ ไชติธนพันธุ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

พฤษภาคม 2550

การศึกษาคือความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า  
ของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค

บทคัดย่อ  
ของ  
สมใจ ไชยดิษฐ์พันธุ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

พฤษภาคม 2550

สมใจ โชติธนพันธ์. (2550). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ).

กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์:

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประณต เค้าฉิม.

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค 2) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีเพศอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์และการสนับสนุนทางสังคม ที่แตกต่างกัน 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค และ 4) ศึกษาตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยใช้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค จำนวน 148 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (TGDS) และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที สถิติทดสอบเอฟ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ร้อยละ 64.9) และมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง(ร้อยละ 37.8 )

2) ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

3) ผู้สูงอายุที่มี เพศ อายุ สถานภาพสมรส สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน โดย ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีอายุ 71-75 ปี มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-70 ปี และที่มีอายุมากกว่า 75 ปี ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่โสด ผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่บุตรหลานหรือญาติพามา และผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

4) การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ มีความสัมพันธ์กันเชิงลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5) การสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม  
ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน และด้านความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน สามารถร่วมกัน  
ทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ได้ร้อยละ 44.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  
ระดับ .001

The relationship between social support and depression  
of the elderly in Bangkhae home of the aged

Abstract

By

Somjai Chottanapan

Presented in Partial Fulfillment of the Requirement  
For the Master of Education Degree in Development Psychology  
At Srinakarinwirot University

May 2007

Somjai Chottanapan. (2007). *The relationship between social support and depression of the elderly in Bangkok home of the aged*. Master's Project, M.Ed. (Developmental Psychology). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Project Advisor: Assist. Prof. Pranot Khoachim.

The objectives of this research were 1) to study the level of depression and social support of the elderly in Bangkok home of the aged, 2) to compare depression of the elderly, different in sex, age, marital status, education, occupation, the periods to the elderly lived in the Bangkok home of the aged, the reasons for the elderly to have lived in the Bangkok home of the aged and their social support 3) to study relationship between social support and depression of the elderly in Bangkok home of the aged, and 4) to predict depression by social support. The sample consisted of 148 urban elderly people : sixty years old and over, who had live in Bangkok home of the aged. The samples were selected by Purposive Sampling. The data were collected by interviewing with constructed questionnaire ; Thai Geriatrics Depression Scale (TGDS) and social support scale were used for measuring depression and social support ; statistics used for data analysis were percentage, mean, standard deviation, Peason' s product -moment correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis.

The results show that the depression of the elderly was mostly at a normal level (64.9 %) and the social support 's level was mostly at a medium level ( 37.8%). The elderly that had difference education, occupation and the periods they lived in the Bangkok home of the aged had no difference in depression. The elderly who had difference in sex, ages and marital status had a difference in depression: women had the high level of depression than men, the elderly 71-75 years old had more depression than 60-70 and over 75 years old; the single elderly had less depression than the married ones. The elderly who wanted to be in the home of the aged had the less depression than the elderly who didn' t want to be in the home of the aged, and the elderly who had higher social support had less depression than the elderly who had lower social support ( $p < .05$ ) ; and social

support was negatively correlated with depression ( $p < .01$ ). Through the application of stepwise multiple regression it revealed that social support, love support and esteem support could mutually predict depression of the elderly as much as 44.5 percent at the .001 level of significance.

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า  
ของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค

สารนิพนธ์  
ของ  
สมใจ ไชติธนพันธุ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ  
พฤษภาคม 2550  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

## ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้มีพระคุณหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบ  
ขอบพระคุณทุกท่านซึ่งประกอบด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประณต เค้านิม ประธานกรรมการควบคุม  
สารนิพนธ์และอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน ศาสตร์ภัทร และ รอง  
ศาสตราจารย์ ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร กรรมการควบคุมสารนิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ให้แนวคิด  
ตรวจและแก้ไข จนสารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี

พันเอก เอนกวิช เต็มบุญเกียรติ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชวลี แยมวงษ์ และ อาจารย์ ไสภิน แสง  
อ่อน ที่กรุณาตรวจความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้  
ให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆแก่ผู้วิจัยตลอดหลักสูตรการศึกษานี้

สมสุข ทวีศักดิ์วิไล พี่น้อง และเพื่อนร่วมงาน ที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจมาตลอด เพื่อน  
ร่วมสาขาวิชาเอก จิตวิทยาพัฒนาการ ภาคพิเศษ ทุกคนที่ร่วมคิดและเป็นกำลังใจต่อกันตลอดเวลาที่  
ร่วมศึกษา

ท้ายสุดนี้ขอกราบขอบพระคุณ และขอขอบคุณที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ให้ คุณพ่อ คุณแม่ ผู้  
เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรของลูกๆ และเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยต่อสู้อุปสรรคต่างๆมาตลอด จนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

สมใจ โชติธนพันธุ์

## สารบัญ

บทที่		หน้า
1	<b>บทนำ</b>	
	ภูมิหลัง.....	1
	ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
	ความสำคัญของการวิจัย.....	4
	ขอบเขตของการวิจัย.....	5
	ประชากรที่ใช้ในการวิจัย.....	5
	กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	5
	ตัวแปรที่ศึกษา.....	5
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
	นิยามปฏิบัติการ.....	8
	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
	สมมติฐานการวิจัย.....	10
2	<b>เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	
	เอกสารเกี่ยวกับสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค	
	สถานที่ตั้งและประวัติความเป็นมา.....	13
	วัตถุประสงค์.....	14
	หน้าที่ความรับผิดชอบ.....	14
	เอกสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	
	ความหมายของผู้สูงอายุ.....	16
	เกณฑ์การจำแนกผู้สูงอายุ.....	17
	การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ.....	19
	ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ.....	28
	ปัญหาของผู้สูงอายุ.....	32
	เอกสารเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	
	ความหมายของภาวะซึมเศร้า.....	34
	ทฤษฎีของภาวะซึมเศร้า.....	35
	สาเหตุของภาวะซึมเศร้า.....	36

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
2 (ต่อ)		
	ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมีเศร่า.....	40
	อาการของภาวะซีมีเศร่า.....	40
	ระดับของภาวะซีมีเศร่า.....	42
	การดูแลรักษาภาวะซีมีเศร่า.....	43
	การประเมินภาวะซีมีเศร่า.....	45
	งานวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับ ภาวะซีมีเศร่าในผู้สูงอายุ.....	49
	เอกสารเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ	
	ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม.....	56
	ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม.....	57
	องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม.....	60
	ระดับของการสนับสนุนทางสังคม .....	61
	กลไกของการสนับสนุนทางสังคม.....	61
	ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม.....	62
	การสนับสนุนทางสังคมในวัฒนธรรมต่างๆ.....	63
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม ในผู้สูงอายุ.....	64
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซีมีเศร่าในผู้สูงอายุ.....	65
3	<b>วิธีดำเนินการวิจัย</b>	
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	70
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	70
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	75
	การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
4	<b>ผลการวิเคราะห์ข้อมูล</b>	
	ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง.....	78

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 (ต่อ)	
ระดับภาวะซีมเศร้า และระดับการสนับสนุนทางสังคม ของผู้สูงอายุ.....	81
การเปรียบเทียบภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุ ตามปัจจัยทางชีวสังคม.....	87
ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม.....	95
การวิเคราะห์หาตัวทำนายภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุ.....	96
5   บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
ระเบียบวิธีการวิจัย.....	99
สรุปและอภิปรายผลการวิจัย.....	101
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	116
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	116
บรรณานุกรม.....	118
ภาคผนวก.....	127
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	136

## บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จำแนกตามตัวแปรศึกษา.....	78
2 จำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์.....	81
3 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์กลุ่มรวม.....	82
4 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์จำแนกตามตัวแปรศึกษา.....	82
5 จำนวนและร้อยละของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม.....	84
6 ระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้าน ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์.....	87
7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์ จำแนกตาม เพศ.....	88
8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จำแนกตามอายุ.....	88
9 วิเคราะห์ความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์ จำแนกตาม อายุ.....	89
10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์ที่มี อายุแตกต่างกัน .....	89
11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์ จำแนกตาม สถานภาพสมรส.....	90
12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จำแนกตาม ระดับการศึกษา.....	91
13 วิเคราะห์ความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์ จำแนกตาม ระดับการศึกษา.....	91
14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จำแนกตาม อาชีพ.....	92
15 วิเคราะห์ความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์ จำแนกตาม อาชีพ.....	92

## บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
16	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์ จำแนกตาม ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์.....	93
17	วิเคราะห์ความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จำแนกตาม ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์.....	93
18	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จำแนกตาม สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์.....	94
19	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จำแนกตาม ระดับการสนับสนุนทางสังคม.....	95
20	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ โดยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน.....	96
21	การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน เป็นตัวแปรทำนาย และภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรเกณฑ์.....	97

## บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 10

# บทที่ 1

## บทนำ

### ภูมิหลัง

เป็นที่ทราบกันดี ถึงความสำเร็จในการลดอัตราการเพิ่มประชากรของประเทศไทยในช่วงเวลาสองสามทศวรรษที่ผ่านมา อันเนื่องมาจากอัตราการเกิดที่ลดลง ส่งผลให้สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการสำรวจสำมะโนประชากรครั้งล่าสุดในปี 2543 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประชากรสูงอายุเป็นประชากรเพียงกลุ่มเดียวเท่านั้น ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องตลอดเวลา ซึ่งจะเห็นได้จากสถิติในปี 2503 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ เพียง 1.2 ล้านคน ได้เพิ่มเป็น 5.9 ล้านคน ในปี 2543 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึง 12.4 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า ซึ่งเท่ากับเพิ่มขึ้นประมาณ 10 เท่าตัวเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรสูงอายุ ในปี 2503 ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงกลายเป็นประเด็นดึงดูดความสนใจของนักวางแผนและนโยบาย นักวิชาการ และสาธารณชนทั่วไป ทั้งนี้เพราะ ประชากรกลุ่มนี้มีลักษณะพิเศษ กล่าวคือ ประชากรสูงอายุมีแบบแผนการดำรงชีวิต แบบแผนการเป็นโรคภัยไข้เจ็บ และสุขภาพอนามัย ความต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและสังคม ความต้องการสวัสดิการจากรัฐ ฯลฯ แตกต่างไปจากประชากรกลุ่มอายุอื่น ๆ (ปราโมทย์ ประสาทกุล; และ ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. 2546 : 2,6)

การที่สัดส่วนและจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นนี้ ย่อมก่อให้เกิดปัญหาผลกระทบ ทั้งต่อกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มประชากรในช่วงวัยอื่น ซึ่งต้องคอยดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ สถาบันครอบครัว นับเป็นเครือข่ายสำคัญที่สุด ที่มีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทุกรูปแบบ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร; และคนอื่น ๆ. 2541: 3) และผลจากการเพิ่มสัดส่วน และจำนวนประชากรสูงอายุทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และส่งผลให้ อัตราการพึ่งพิง ของประชากรสูงอายุ เพิ่มมากขึ้น จากสถิติในปี 2503 ผู้สูงอายุไทย มีอัตราส่วน พึ่งพิง 5.2 ได้เพิ่มเป็น 9.0 ในปี 2543 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึง 17.3 ในอีก 20 ปีข้างหน้า (ปราโมทย์ ประสาทกุล; และ ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. 2546: 19) ประกอบกับการที่ประเทศมีเป้าหมาย และแนวโน้มในการพัฒนาประเทศ จากประเทศเกษตรกรรม เป็นประเทศอุตสาหกรรม จึงได้นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตของประชากรแนวใหม่ ผลกระทบที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดผลทั้งในด้านเศรษฐกิจ การอยู่อาศัย สุขภาพ และการดูแลยามเจ็บป่วย แก่ผู้สูงอายุในปัจจุบัน และอนาคต ทำให้แบบและความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนไป บุตรหลานอาจไม่ได้อยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ หรือหากอยู่ร่วมกัน ก็อาจมีเวลาเอาใจใส่ผู้สูงอายุน้อยลง (ศิริวรรณ ศิริบุญ. 2543: 3) ทำให้ผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจน้อยลง ส่งผลให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อประชากรสูงอายุ อันเป็นกลุ่มประชากรที่มีการ

เปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย, จิตใจ และสังคม ไปในทางเสื่อมลงอยู่แล้ว การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้ ทำให้เกิด ความเครียด ความคับข้องใจ ซึ่ง ไดมอนด์และโจนส์ (Lu Hong. 2000: 13; citing Dimond and Jones. 1983. Social support: A review and theoretical integration. pp. 235-349) ได้กล่าวไว้ว่าการขาดการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้เกิดผลกระทบจากเหตุการณ์ ความเครียดในชีวิตรุนแรงขึ้น จึงอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นและอาจรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายได้

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในแต่ละปีมีคนฆ่าตัวตาย ประมาณ 4 แสนคน หรือประมาณวันละ 1,096 คน ทั้งนี้ การฆ่าตัวตาย นับเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญใน 10 อันดับแรก สำหรับทุกกลุ่มอายุ ในแทบทุกประเทศ ( ศิริพร จิรวัดมนกุล. 2546: 5; อ้างอิงจาก WHO. 1998. ) และภาวะซึมเศร้า ก็เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ประมาณร้อยละ 50 โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการรุนแรง และมีประวัติเคยทำร้ายตัวเองมาก่อน (ประเวศ ตันติพิพัฒน์สกุล; และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. 2541: 30) ซึ่ง สอดคล้องกับ เมลิก; บัควอลเตอร์; และ สโตนเลย์ (N.L.Keltner; L.H. Schwecke; & C.E. Bostrom. 1999: 385; citing Melick; Buckwalter; & Stolley.1992. Psychosocial Nursing Mental Health Service. 30(2). pp. 29) ได้กล่าวว่า ในจำนวนการฆ่าตัวตาย 30,000 ราย มีจำนวน 16,000 ราย ที่เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะซึมเศร้า และในจำนวนนี้ พบว่ามีอัตราภาวะซึมเศร้า สูงที่สุดในกลุ่มคนโสด เพศชายผิวขาว ที่อายุต่ำกว่า 24 ปี หรือ มากกว่า 60 ปี และ บอร์ดแดนและคนอื่นๆ (N.L. Keltner; L.H. Schwecke; & C.E. Bostrom. 1999: 385; citing Bourdan; et al. 1992. Estimating the prevalence of mental disorder in U.S. adults from the Epidemiological Catchment Area Survey. pp. 663) ได้กล่าวไว้ว่า อัตราการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มประชากรที่ไม่มีประวัติภาวะซึมเศร้า มีเพียง 1 % แต่ในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะซึมเศร้า มีอัตราการฆ่าตัวตายถึง 18 % แต่ที่สำคัญ คือโรคซึมเศร้า กำลังเป็นปัญหาเรื้อรังอันดับหนึ่งของประชากรโลก ( ศิริพร จิรวัดมนกุล. 2546: 6 อ้างอิงจาก Murray; & Lopes. 1996. The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease) และเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้เกิดความไม่มั่นคงในชีวิต จิตใจอ่อนแอ และสิ้นหวัง (Priscilla Ebersole & Patricia Hess. 1994: 549)

สำหรับในประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สํารวจพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุ มีอัตราค่อนข้างสูง และมีแนวโน้มสูงขึ้น จะเห็นได้จากสถิติของการฆ่าตัวตาย ในผู้สูงอายุ กลุ่มอายุ 75 ปี ขึ้นไป ซึ่งคิดเป็นอัตราการฆ่าตัวตาย ต่อประชากร 1 แสนคน ในปี 2541 มี 14.2 ได้เพิ่มเป็น 21.9 ในปี 2544 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุมักพบกับปัญหาซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายได้ (ปราชญ์ บุญยวงศิริโรจน์. 2546: 32-33) จากรายงานการศึกษา โรคทางจิตเวชของผู้ป่วยนอกสูงอายุ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ระหว่างเดือน มิถุนายน 2528 ถึง พฤษภาคม 2529 ของ พัชรินทร์ วณิชานนท์; อัมพร ไชยตระกูล; และ สุพัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา

(2530: 30) พบว่ากลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวน เป็นกลุ่มโรคที่พบบ่อยที่สุดถึง ร้อยละ 24.2 และเมื่อจำแนกผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรคกลุ่มย่อยที่พบบ่อย จะพบว่า โรคที่พบบ่อยที่สุด คือ ความซึมเศร้า ซึ่งพบ ร้อยละ 20.9 ของผู้ป่วยทั้งหมด และจากการสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในพื้นที่เขตบางกอกน้อย, บางกอกใหญ่, ตลิ่งชันและบางพลัด ตั้งแต่ ธันวาคม 2540 – 2542 พบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 8.23 (อรพวรรณ ทองแดง; และคนอื่นๆ. 2542: 297) ซึ่งจัดว่า เป็นสถิติค่อนข้างสูงจากการศึกษาและสถิติต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่ร้ายแรงปัญหาหนึ่ง และเป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องสูญเสียบุคลิกบุคคล ไปอย่างน่าเสียดาย ทั้งนี้ เพราะ มีผู้สูงอายุจำนวนมากป่วยด้วยโรคซึมเศร้า แต่ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เนื่องจาก แพทย์ผู้รักษาไม่ได้คิดว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้ และคิดว่าเป็นอาการตามปกติของคนวัยนี้ หรือคิดเพียงว่าเกิดจากความเครียด หรือมีปัญหาทางด้านจิตใจ จึงไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ทำให้โรคมีอาการเรื้อรัง และรุนแรงขึ้น เกิดความท้อแท้ เบื่อชีวิต และคิดฆ่าตัวตาย ดังที่กล่าวมาข้างต้น (สมภาพ เรื่องตระกูล. 2543: 16)

จึงเป็นประเด็นที่น่าศึกษาว่า อะไรเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ซึ่งต้องอยู่ในการดูแลของผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุตรหลานในครอบครัว จึงก่อให้เกิดปัญหาซึมเศร้าได้ง่าย จากการศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ (ประนอม ไอสถานนท์; และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา. 2537: 5) พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ส่วนใหญ่มีปัญหาซึมเศร้า ความจำเสื่อม และปัญหาเรื่องความสามารถในการช่วยเหลือดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขนาน หัสศิริ และ คนอื่น ๆ (สมหมาย จันถี. 2538: 3; อ้างอิงจาก ขนาน หัสศิริ; และคนอื่น ๆ. 2525) การวิจัยทางจิตเวชศาสตร์ และปัญหาทางสุขภาพจิตในประเทศ ที่ศึกษาถึงความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา มีภาวะซึมเศร้าถึง 78 % ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท, อำเภอเมือง และข้าราชการบำนาญ มีความซึมเศร้าเพียง 8% , 10 % , และ 2 % ตามลำดับ

จากข้อมูลดังกล่าว แม้รัฐบาลของประเทศไทย ให้ความสนใจปัญหาผู้สูงอายุ ตั้งแต่ ปี 2525 เป็นต้นมา โดยกำหนด แผนผู้สูงอายุระยะยาว แต่การดำเนินงาน ยังมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป นโยบายและบริการต่างๆเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มักได้รับการมองว่าเป็นเรื่องไม่เร่งด่วน (ธรรมรักษ์ การพิศิษฎ์. 2542: 250) ในด้านวิชาการ และการวิจัยก็เช่นเดียวกัน มีการศึกษา ค้นคว้า และวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ อยู่ในขอบเขตที่จำกัด และครอบคลุมบางประเด็นเท่านั้น เช่น เฉพาะด้านสุขภาพกาย และด้านการสงเคราะห์ต่าง บางเรื่องยังไม่สามารถให้คำตอบในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างกว้างขวางชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การช่วยเหลือเกื้อกูลกันทางสังคม ในบริบทของวัฒนธรรม และ ประเพณีไทย ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยในอนาคต จากการศึกษาของกลุ่มงานวิจัย กองวิชาการกรมประชาสงเคราะห์ พบว่า แรงจูงใจสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องการเข้าอยู่

สถานสงเคราะห์คนชรา ของกรมประชาสงเคราะห์คือ การที่ผู้สูงอายุไม่พึงพอใจต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว เกิดความไม่มั่นคงต่อความสัมพันธ์ และความผูกพันในครอบครัว (กรมประชาสงเคราะห์. 2533 : 15)

ดังนั้น หากผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นและอายุยืนยาวขึ้น ภายใต้ภาวะการเสื่อมถอย ทั้งทางร่างกายและการพึ่งพิงตนเองแล้ว การสนับสนุน ให้คำปรึกษาแนะนำในลักษณะทางอารมณ์ ด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทองและข้อมูลข่าวสาร จะเป็นพลังส่งเสริมให้สามารถควบคุม หรือ เอาชนะสิ่งท้าทายต่อชีวิตได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร; เล็ก สมบัติ; และ ภาวนา พัฒนศิริ. 2544: 2-3)

จากความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อผู้สูงอายุดังกล่าว จึงเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาถึง ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้ง ปัจจัยทางชีวสังคม ว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หรือไม่ อย่างไร เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการช่วยส่งเสริมปัจจัยดังกล่าวสำหรับผู้สูงอายุที่กำลังประสบปัญหาซึมเศร้า รวมทั้งเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างสมศักดิ์ศรี ในฐานะเป็นผู้รับประโยชน์จากสังคมและเป็นผู้ให้ประโยชน์แก่สังคมได้อย่างเต็มความสามารถและดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุขได้

### ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์ ผู้สูงอายุบ้านบางแค
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์ และระดับการสนับสนุนทางสังคม ที่แตกต่างกัน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค
4. เพื่อค้นหาตัวทำนายที่สำคัญในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน

### ความสำคัญของการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงระดับภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค ตลอดจนปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าเพื่อใช้เป็นข้อมูล

ประกอบในการวางแผนช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ได้รับการเอาใจใส่ และบริการในด้านต่างๆ จากสังคมได้ดียิ่งขึ้น

2. ทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการนำไปวางแผนช่วยเหลือผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ ซึ่งจะส่งผลต่อ สุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

3. ทำให้ทราบถึงอำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ บ้านบางแค โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้านเป็นตัวทำนายซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็น แนวทางให้ผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

4. ทำให้ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ ตลอดจนผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้ทราบถึงความ เปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่จะต้องเผชิญ เพื่อจะได้สามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทใหม่ได้อย่างเหมาะสมและมีความ มั่นคงในชีวิต

## ขอบเขตของการวิจัย

### ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค และ เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้

### กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค ได้ กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้ผู้สูงอายุจำนวน 148 คน

### ตัวแปรที่ศึกษา

กรณีที่ 1 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าตามปัจจัยชีวิตสังคม

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. เพศ แบ่งเป็น ชายและหญิง
2. อายุ แบ่งเป็น 3 ช่วง คือ
  - 2.1 60 – 70 ปี
  - 2.2 71 – 75 ปี
  - 2.3 มากกว่า 75 ปีขึ้นไป

3. สถานภาพสมรส แบ่งเป็น

3.1 โสด

3.2 ไม่โสด

4. ระดับการศึกษา แบ่งเป็น

4.1 ไม่ได้เรียน

4.2 ประถมศึกษา

4.3 มัธยมศึกษา

4.4 สูงกว่ามัธยมศึกษา

5. อาชีพ แบ่งเป็น

5.1 รับราชการ

5.2 ธุรกิจส่วนตัว

5.3 เกษตรกรรม

5.4 อื่นๆ(ระบุ)

6. ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์

6.1 น้อยกว่า 1 ปี

6.2 1 – 5 ปี

6.3 มากกว่า 5 ปี ขึ้นไป

7. สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์

7.1 สม่ครใจเข้าอยู่

7.2 บุตรหลานหรือญาติพามา

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า

กรณีที่ 2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าตามตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น

2.1 ต่ำ

2.2 สูง

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า

กรณีที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

ตัวแปรที่ศึกษา คือ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้า

กรณีที่ 4 ศึกษาตัวทำนายภาวะซึมเศร้า

ตัวแปรทำนายคือ การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน

ตัวแปรเกณฑ์คือ ภาวะซึมเศร้า

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้
2. **ช่วงอายุ** ผู้วิจัยได้แบ่งช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 ช่วง คือ
  - 2.1 60 – 70 ปี
  - 2.2 71 – 75 ปี
  - 2.3 มากกว่า 75 ปีขึ้นไป
3. **สถานภาพสมรส** หมายถึง สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โดยแบ่งเป็น
  - 3.1 โสด
  - 3.2 ไม่โสด หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ และหม้าย/หย่า/แยก
4. **ระดับการศึกษา** หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดที่ผู้สูงอายุสำเร็จการศึกษา แบ่งเป็น
  - 4.1 ไม่ได้เรียน
  - 4.2 ประถมศึกษา
  - 4.3 มัธยมศึกษา
  - 4.4 สูงกว่ามัธยมศึกษา
5. **อาชีพ** หมายถึง อาชีพครั้งสุดท้ายของผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น
  - 5.1 รับราชการ
  - 5.2 ธุรกิจส่วนตัว
  - 5.3 เกษตรกรรม
  - 5.4 อื่น ๆ
6. **ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์** หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุจนถึงปัจจุบัน
  - 6.1 น้อยกว่า 1 ปี
  - 6.2 1 – 5 ปี
  - 6.3 มากกว่า 5 ปี ขึ้นไป
7. **สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์** หมายถึง สาเหตุนำของการเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ของผู้สูงอายุ
  - 7.1 สัมผัสใจเข้าอยู่
  - 7.2 บุตรหลานหรือญาติพามา

## นิยามปฏิบัติการ

1. **ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านการคิดรู้ และด้านพฤติกรรมที่แสดงออก

1.1 ด้านอารมณ์ความรู้สึก ได้แก่ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง รู้สึกว่างเปล่า วิตกกังวล รู้สึกชีวิตไม่มีคุณค่า ขาดแรงจูงใจ ความพึงพอใจในชีวิตลดลง รู้สึกไม่มีที่พึ่ง ร้องไห้บ่อย อารมณ์เสื่อง่าย เศร้าใจ หมดกำลังใจ

1.2 ด้านการคิดรู้ ได้แก่ รู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ๆ กังวลกับชีวิตที่ผ่าน ความจำไม่ดี คิดว่าคนอื่นดีกว่าตน ตัดสินใจช้า มองโลกในแง่ร้าย

1.3 ด้านพฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ ภาวะวนเวียน ภาวะสับสน เฉื่อยชาไม่ยอมพบปะพูดคุยกับคนอื่น แยกตัวจากสังคม

ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ซึ่งแบบวัดนี้มี จำนวน 30 ข้อ โดย ผู้ที่ได้คะแนน 0 – 12 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)

คะแนน 13 - 18 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

คะแนน 19 - 24 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง

คะแนน 25 - 30 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

2. **การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การได้รับการปฏิบัติจากสมาชิกในครอบครัวและนอกครอบครัวของผู้สูงอายุ รวมถึงการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นมั่นคง มีคุณค่า เกิดกำลังใจในการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็น 5 ด้าน ดังนี้

2.1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน หมายถึง การได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ ได้รับความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเป็นที่รัก

2.2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดความรู้สึก ข้อมูล ข่าวสาร ความหวังใจ ความเอื้ออาทรต่อกัน

2.3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการ และเป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้ มีการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน

2.4 ความมั่นใจในคุณค่าแห่งตน หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพนับถือ เห็นคุณค่า ยกย่องและชื่นชมความสามารถตามบทบาททางสังคม รวมถึงการให้อภัย ให้โอกาสในการปรับปรุงตนเอง

2.5 การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่างๆ หมายถึง การได้รับข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ การเงิน วัตถุ และสิ่งของ

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยและคณะ (ชลธิชา บุญศิริ, จินตนา เหลืองศิริเชียร, และธนิศา คุณวัฒน์) ได้สร้างขึ้น โดยดัดแปลงจากแนวคิดของ แบรินด์และไวเนอร์ท (Brandt and Weinert) แบบวัดนี้มีจำนวน 38 ข้อ ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ซึ่งมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 38- 190 คะแนน และคะแนนรายด้านอยู่ระหว่าง 7 - 40 คะแนน โดย

ผู้ที่ได้คะแนนรวม 38 - 68 คะแนน และ คะแนนรายด้าน 7-13 คะแนน แสดงว่า มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำมาก

ผู้ที่ได้คะแนนรวม 69 - 99 คะแนน และ คะแนนรายด้าน 14 - 20 คะแนน แสดงว่า มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ผู้ที่ได้คะแนนรวม 100 - 130 คะแนน และ คะแนนรายด้าน 21 - 27 คะแนน แสดงว่า มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

ผู้ที่ได้คะแนนรวม 131 - 161 คะแนน และ คะแนนรายด้าน 28 - 34 คะแนน แสดงว่า มีการสนับสนุนทางสังคมสูง

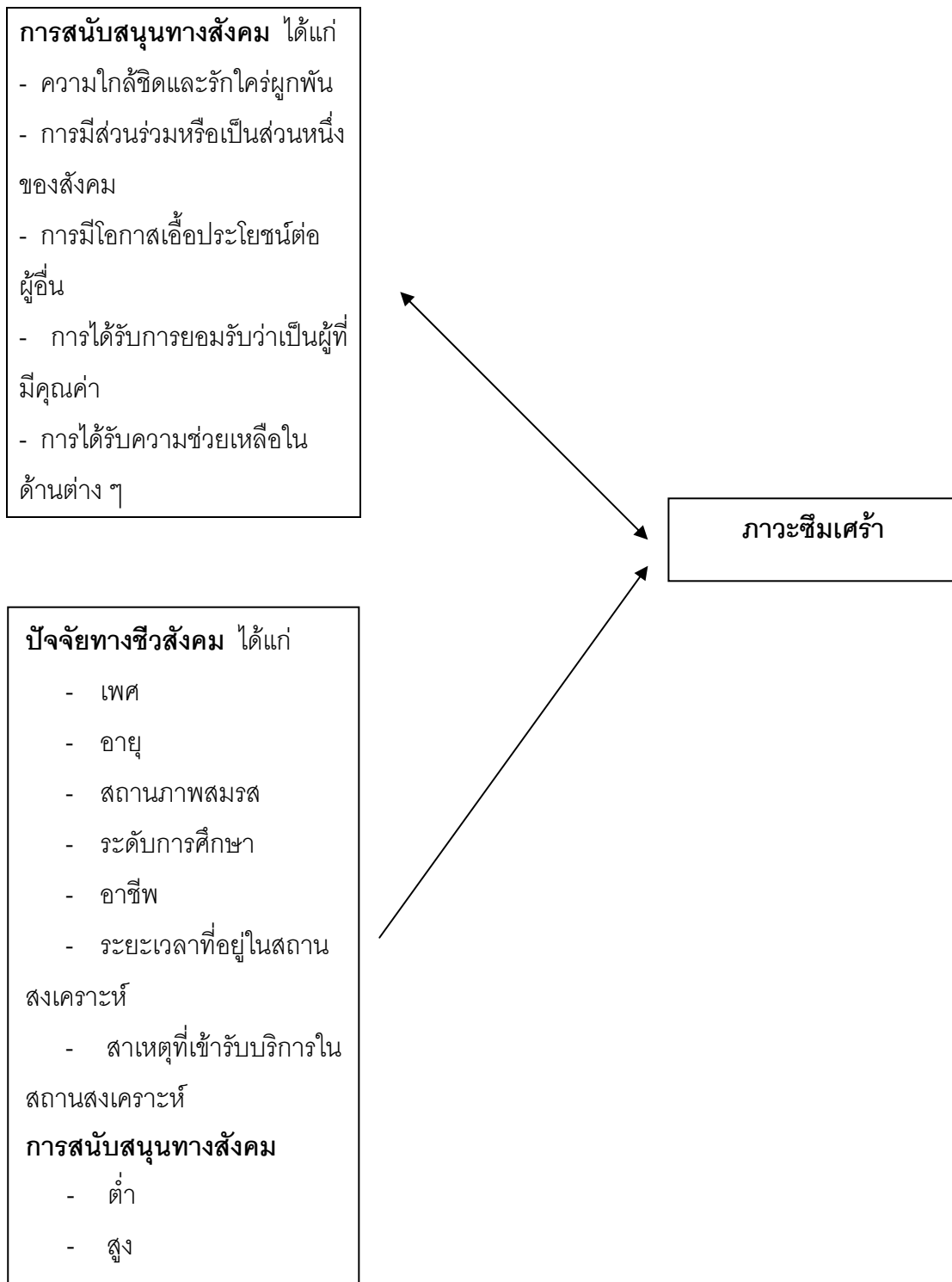
ผู้ที่ได้คะแนนรวม 162 - 190 คะแนน และ คะแนนรายด้าน 35 - 40 คะแนน แสดงว่า มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมาก

ในส่วนการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าตามตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 ระดับคือ

1. การสนับสนุนทางสังคมต่ำ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม

2. การสนับสนุนทางสังคมสูง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม

## กรอบแนวคิดในการวิจัย



## สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

3. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าไม่โสด
4. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุเป็นระยะเวลานานกว่า มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุเป็นระยะเวลาน้อยกว่า
7. ผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่บุตรหลานหรือญาติพามา
8. ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ
9. การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันเชิงลบ
10. ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้านสามารถทำนายและร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีอยู่หลายด้าน ดังต่อไปนี้

1. เอกสารเกี่ยวกับสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค
  - 1.1 สถานที่ตั้ง และประวัติความเป็นมา
  - 1.2 วัตถุประสงค์
  - 1.3 หน้าที่ความรับผิดชอบ
2. เอกสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
  - 2.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
  - 2.2 เกณฑ์การจำแนกผู้สูงอายุ
  - 2.3 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
  - 2.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
  - 2.5 ปัญหาของผู้สูงอายุ
3. เอกสารเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
  - 3.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
  - 3.2 ทฤษฎีของภาวะซึมเศร้า
  - 3.3 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
  - 3.4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า
  - 3.5 อาการของภาวะซึมเศร้า
  - 3.6 ระดับของภาวะซึมเศร้า
  - 3.7 การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า
  - 3.8 การประเมินภาวะซึมเศร้า
  - 3.9งานวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
4. เอกสารเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ
  - 4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
  - 4.2 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

- 4.3 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม
- 4.4 ระดับของการสนับสนุนทางสังคม
- 4.5 กลไกของการสนับสนุนทางสังคม
- 4.6 ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม
- 4.7 การสนับสนุนทางสังคมในวัฒนธรรมต่างๆ
- 4.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

## 1. เอกสารเกี่ยวกับสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค (2548: Online)

### 1.1 สถานที่ตั้ง และประวัติความเป็นมา

สถานที่ตั้ง

ตั้งอยู่ที่ เลขที่ 81 หมู่ที่ 15 ถนนเพชรเกษม กม.11 แขวงบางแค เขตภาษีเจริญ

กรุงเทพมหานคร 10160

ขอบเขตที่ตั้ง เนื้อที่ทั้งหมด 21 ไร่ เป็นที่ดินของราชพัสดุ

ทิศใต้ จดโรงเรียนวัดนิมานรดี

ทิศเหนือ จดถนนเพชรเกษม ตลาดบางแค

ทิศตะวันออก จดชุมชนแสงหิรัญ

ทิศตะวันตก จดคลองราชมนตรี

คุณสมบัติของผู้สูงอายุ

1. สัญชาติไทย อายุ 60 ปี ขึ้นไป และมีความสมัครใจ

2. ประสบปัญหาความเดือดร้อน เช่น ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู ไม่สามารถประกอบ

อาชีพเลี้ยงตนเองได้ ไม่มีที่อยู่อาศัย ฐานะยากจน

3. ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง

4. ไม่มีความพิการทุพพลภาพ หรือจิตฟั่นเฟือน

5. ต้องไม่อยู่ระหว่างการดำเนินคดีอาญา

ประเภทของผู้สูงอายุ

1. ประเภทสามัญ ให้การอุปการะโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

2. ประเภทหอพัก แบ่งเป็นห้องเดี่ยว โดยเสียค่าบริการคนละ 550 บาทต่อเดือน และ

ห้องคู่เดือนละ 1,060 บาท

3. ประเภทพิเศษ (บังกะไล) ผู้สูงอายุสามารถปลูกบ้านในสถานสงเคราะห์ตามแบบแปลนของกรมประชาสงเคราะห์

#### ประวัติความเป็นมา

สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค ได้ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2496 ในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี การจัดตั้งสถานสงเคราะห์แห่งนี้ นับเป็นสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุแห่งแรกของประเทศไทย เพื่อให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุตามนโยบายสวัสดิการสังคมของรัฐ โดยเริ่มเปิดดำเนินการในสมัยของ นายปกรณ อังศุสิงห์ เป็นอธิบดีกรมประชาสงเคราะห์

### 1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ยากจน ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน ไม่มีที่อยู่อาศัย ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือครอบครัวไม่มีความสุข

1.2.2 เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัวที่มีรายได้น้อย หรือยากจน ไม่สามารถเลี้ยงดูผู้สูงอายุให้อยู่กับครอบครัวได้

1.2.3 เพื่อเป็นการตอบแทนคุณงามความดีของผู้สูงอายุ ที่ได้ทำประโยชน์ให้แก่ประเทศชาติเมื่อครั้งยังอยู่ในวัยหนุ่มสาว และเป็นการรักษาประเพณีวัฒนธรรมอันดีงามของไทย ในการที่โอบอุ้มและช่วยเหลือผู้สูงอายุ เพื่อแสดงความกตัญญูต่อบุคคลที่ต่อผู้สูงอายุของประเทศ

### 1.3 หน้าที่ความรับผิดชอบ

#### แบ่งออกเป็น

1.3.1 การสงเคราะห์ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

1.3.2 งานศูนย์บริการผู้สูงอายุ

1.3.3 หน่วยบริการผู้สูงอายุเคลื่อนที่

ในที่นี่จะกล่าวถึงเฉพาะการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ดังต่อไปนี้

จาก 1.3.1 การสงเคราะห์ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายของสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ได้จัดบริการต่างๆขึ้นดังนี้

1.3.1.1 บริการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีปัจจัย 4 ที่จำเป็นต่อชีวิต เพื่อให้มีความสุข ทั้งร่างกายและจิตใจในบั้นปลายของชีวิตตามสมควรแก่อัตภาพ

1.3.1.2 บริการทางการแพทย์และอนามัย แบ่งเป็น

1.3.1.2.1 ด้านการรักษาพยาบาล

สถานสงเคราะห์ได้จัดส่งแพทย์มาทำการตรวจรักษาโรคทั่วไปของผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมีเจ้าหน้าที่พยาบาลดูแลรักษาพยาบาลตามคำสั่งแพทย์ โดยอยู่เวรตลอด 24 ชั่วโมง ในกรณีที่เจ็บป่วย

เฉพาะโรคหรือประสพอุบัติเหตุฉุกเฉิน จะส่งไปรักษาที่โรงพยาบาล นอกจากนั้น ได้ให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี เช่น การเอ็กซเรย์ ตรวจเลือด เป็นต้น

#### 1.3.1.2.2 การอนามัยในสถานสงเคราะห์

จัดให้มีเจ้าหน้าที่พยาบาล อาสาสมัครจากโรงพยาบาลต่างๆ มาให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุ การสุขภาพิบาล การทำความสะอาดที่พักอาศัย การกำจัดขยะมูลฝอย เป็นต้น

#### 1.3.1.2.3 การส่งเสริมสุขภาพ

มีเจ้าหน้าที่จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้แข็งแรง เช่น รำมวยจีน (ไทเก๊ก) ,กีฬาในร่ม,กายบริหาร, นั้งสมาธิ เป็นต้น

#### 1.3.1.3 บริการด้านกายภาพบำบัด

ศูนย์กายภาพบำบัดได้ก่อตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ 2510 โดยมีแพทย์ที่ปรึกษาของกรมประชาสงเคราะห์มาทำการตรวจรักษาผู้สูงอายุเดือนละครั้ง มีนักกายภาพบำบัด และพยาบาลผู้ได้รับการอบรมด้านกายภาพบำบัด จะทำการรักษาผู้สูงอายุตามคำสั่งแพทย์ มีทั้งการรักษาเป็นรายบุคคล และการบริหารร่างกายเป็นกลุ่ม

#### 1.3.1.4 บริการด้านอาชีพบำบัด

เป็นการส่งเสริมและสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมยามว่างให้เหมาะสมกับความสามารถ และตามความสมัครใจ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต และรู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ โดยจัดสอนงานประดิษฐ์ต่างๆ เช่น ดอกไม้จันทน์, พรมเช็ดเท้า เป็นต้น ผลิตภัณฑ์ที่จำหน่าย จะแบ่งผลกำไรให้เป็นค่าแรงผู้สูงอายุ 70 % สมทบทุนหมุนเวียน 25 % และเป็นรางวัลผู้ควบคุม 5% ตามระเบียบของกรมประชาสงเคราะห์

#### 1.3.1.5 บริการด้านสังคมสงเคราะห์

ได้จัดให้มีนักสังคมสงเคราะห์ประจำอาคารพักผู้สูงอายุ เพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษา หรือแก้ไขปัญหาฟื้นฟู และปรับสภาพให้ผู้สูงอายุได้มีความสุข ความอบอุ่นใจ สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข โดยใช้วิธีการสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย และกลุ่มชน ตลอดจนให้ความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาผู้สูงอายุ

#### 1.3.1.6 บริการด้านศาสนา

ได้จัดศาลาธรรมให้ผู้สูงอายุ มีโอกาสประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ประเพณีนิยมในวันสำคัญๆ เช่น วันวิสาขบูชา ,วันมาฆบูชา และวันเข้าพรรษา เป็นต้น และมีการนิมนต์พระสงฆ์มาแสดงธรรมเทศนาในวันพระ เดือนละ 4 ครั้ง และมีวิทยากรจากพุทธสมาคมแห่งประเทศไทย มาบรรยายออกเสียงตามสายให้ผู้สูงอายุฟังเป็นประจำทุกเดือน นอกจากนี้ ได้จัดให้มีการทำบุญในวันสำคัญต่างๆ เช่น วันขึ้นปีใหม่ , วันเฉลิมพระชนมพรรษา, วันสงกรานต์ เป็นต้น

### 1.3.1.7 บริการด้านฉาปนกิจ

ผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรมในสถานสงเคราะห์ และไม่มีญาติจัดการศพให้ นั้น สถานสงเคราะห์ จะจัดการศพโดยตั้งศพสวดอภิธรรมที่ศาลาธรรมหนึ่งคืน แล้วนำไปเก็บไว้ที่วัดนิมมานรดี จะทำการฉาปนกิจพร้อมกันในเดือน มีนาคม ของแต่ละปี และนำอังคารส่วนหนึ่งไปลอยตามประเพณี อีกส่วนหนึ่งเก็บรวมไว้ และทำบุญอุทิศให้ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ของทุกปี

สรุป สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค เป็นสถานที่จัดตั้งขึ้นตามนโยบายสวัสดิการสังคมของรัฐ เพื่อให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ยากจน มีปัญหาเดือดร้อน ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้อุปการะ ซึ่งมีทั้งผู้สูงอายุประเภทสามัญ และพิเศษ และให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ตามหน้าที่ความรับผิดชอบ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุข ทั้งร่างกายและจิตใจ ในบั้นปลายของชีวิตตามสมควรแก่อัตภาพ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีภาวะเสื่อมถอยทั้งทางร่างกายและการพึ่งพิงตนเอง ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ มากมาย และอาจรุนแรงจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ แต่หากได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ อย่างเหมาะสม ย่อมทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมั่นคงและมีความสุข ดังจะได้กล่าวโดยละเอียดต่อไป

## 2. เอกสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

### 2.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ชูศักดิ์ เวชแพศย์; และคนอื่นๆ (2531: 2 – 3) ได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุว่าหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และถือเป็นเกณฑ์ปลดเกษียณอายุราชการของประเทศไทยด้วย

องค์การสหประชาชาติ (บรรลุ ศิริพานิช. 2533: บทนำ; อ้างอิงจาก องค์การสหประชาชาติ) กล่าวว่า ผู้ใดอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป เรียกเป็นผู้สูงอายุ

คำว่าผู้สูงอายุ (Elderly) นั้นถูกบัญญัติขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย โดย พล.ต.ต. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโสและผู้สูงอายุจากวงการต่างๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 จนเป็นที่เข้าใจยอมรับ และใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน การกำหนดเกณฑ์ว่า การเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะถืออายุเท่าใดได้มีการศึกษากันมากในเรื่องนี้ ตามคำจำกัดความของมติสมัชชาโลกผู้สูงอายุที่นครเวียนนา เมื่อ พ.ศ. 2525 หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จึงได้ใช้อายุนี้เป็นเกณฑ์เกษียณอายุการทำงาน แต่ในประเทศที่มีความเจริญทางการแพทย์พบว่า ผู้ที่มีอายุ 60 ปีแล้วยังแข็งแรงและยังสามารถทำงานได้ดี จึงมีความพยายามที่จะเพิ่มอายุของการเข้าสู่วัยสูงอายุให้สูงขึ้น คือเป็น 65 ปี หรือแม้แต่มิแนวนั้นจะเป็น 70 ปี (สุรกุล เจนอบรม. 2534: 4-5)

วิจิตร บุญยะโหดระ (2535: 5) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุคือ ผู้มีประสบการณ์ผ่านโลกมามาก รู้เห็นเข้าใจชีวิตยาวนานและมีลูกหลานที่จะสืบทอดสกุล และทำหน้าที่บริหารกิจการแทน เพื่อตนเองจะได้เลื่อนขั้นขึ้นไปทำหน้าที่ที่สูงยิ่งขึ้น

ศรีธรรม ธนะภูมิ (2535:105) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะเริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไปภาวะชรา มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับการดูแลร่างกาย พันธุกรรมและการพัฒนาในอดีต วัยชราเป็นระยะสุดท้ายของชีวิต อาจมีช่วงเวลายาวนานถึง 10 – 20 ปี หรือมากกว่านั้นแตกต่างกัน ถ้ามีการเตรียมตัวเตรียมใจก่อนเข้าสู่วัยนี้ล่วงหน้ามาตั้งแต่วัยกลางคน จะสามารถปรับตัวรับบทบาทของวัยชราได้ตามสมควรแก่ฐานะ วัยชราเป็นวัยของการพักผ่อนอย่างสงบ มีการพัฒนาจิตใจ สามารถปรับตัวต่อสภาพต่างๆในชีวิตได้อย่างภาคภูมิใจ

กรมประชาสงเคราะห์ (2536 : 11) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึง การพัฒนาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ซึ่งเริ่มตั้งแต่เกิด และดำเนินต่อไปจนถึงสิ้นสุดอายุขัยของชีวิตนั้นๆ และการกำหนดให้บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ

ไสว พรหมณี (วาทีนี้ บุญชะลักษ์; และยุพิน วรสิริอมร. 2542: 324 อ้างอิงจาก ไสว พรหมณี. 2536) ได้นิยามไว้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต เริ่มตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่และวัยชรา หรือวัยสูงอายุ ในประเทศไทยกำหนดอายุที่พ้นจากวัยทำงานเป็นเกณฑ์ คือ ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ส่วนในประเทศทางตะวันตกถือว่าบุคคลที่สูงอายุ หมายถึง ชายหรือหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป

สรุป ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีชีวิตอยู่ช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต เป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หน้าที่การงานและบทบาททางสังคมลดลง เป็นวัยที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ดูแล อุปการะ เพื่อให้มีความสุข

## 2.2 เกณฑ์การจำแนกผู้สูงอายุ

การจำแนกผู้สูงอายุมีเกณฑ์ในการวัดมากมาย ซึ่งหลักการวัดความสูงอายุ บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2535 : 110) กล่าวว่า ความสูงอายุ (Aging) หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ดังนั้นความสูงอายุหรือความชราภาพจึงเกี่ยวข้องกับความเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และความประพฤติที่เกิดขึ้นตามอายุ เช่น เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ความสามารถทางร่างกายจะลดลง ความสามารถในการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมต่างๆจะลดลง ดังนั้นความสูงอายุนั้นจึงมี 2 ลักษณะ กล่าวคือ

1. ความสูงอายุแบบปฐมภูมิ (Primary Aging) เป็นความสูงอายุที่จะต้องเกิดขึ้นกับทุกคนเป็นไปตามธรรมชาติ เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ กล่าวคือเมื่ออวัยวะต่างๆ เซลล์ต่างๆในร่างกายมนุษย์ถูกใช้งานมานานก็ย่อมเกิดความเสื่อมโทรม เสื่อมสภาพไปตามอายุขัยของการใช้งาน ซึ่งการ

เสื่อมโทรมลงของเซลล์ต่างๆในร่างกายนี้จะส่งผลให้เห็นเด่นชัดขึ้นทีละน้อย เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น ผมเริ่มเปลี่ยนเป็นสีขาว พละกำลังเริ่มถดถอยลงเหล่านี้เป็นต้น

2. ความสูงอายุแบบทุติยภูมิ (Secondary Aging) เป็นความสูงอายุที่บุคคลสามารถหลีกเลี่ยงได้ ความชราภาพลักษณะนี้ มักจะเกิดจากการปล่อยปละละเลยไม่ห่วงกังวล หรือไม่รักษาสุขภาพร่างกาย เช่น การดื่มเหล้าจัด สูบบุหรี่จัด การไม่ออกกำลังกาย สิ่งเหล่านี้สามารถทำให้เกิดความสูงอายุแบบทุติยภูมิได้

สุรกุล เจนอบรม (2541: 6 - 7) ได้กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ โดยสรุป 4 ลักษณะ ดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) เป็นการดูที่จำนวนปี หรืออายุที่ปรากฏจริงตามปฏิทินโดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาพิจารณาด้วย

2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Aging หรือ Biological Aging) โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี เช่น ผมเริ่มขาวขึ้น ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระส่ายตายาว ศีรษะล้าน

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Aging) เป็นการพิจารณาจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological Aging) เป็นการดูจากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลอื่นๆ ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานด้วย

จากเกณฑ์ทั้ง 4 ลักษณะนี้สามารถสรุปได้ว่า บุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้น สติปัญญา ความจำ การเรียนรู้ สภาพจิตใจจะเปลี่ยนแปลงไป บทบาทภาวหน้าที่ทางสังคมก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

อย่างไรก็ตาม การใช้อายุจริงที่ปรากฏหรืออายุตามปฏิทินจะเป็นมาตรฐานอันแรกที่ใช้ตัดสินใจว่าผู้ใดอยู่วัยสูงอายุ และด้วยเหตุที่ว่าในปัจจุบันบุคคลมีอายุยืนยาวขึ้น เครก (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2540 : 514; อ้างอิงจาก Craig G.J.. 1991. Human Development.) กล่าวว่า มีนักชราภาพวิทยาได้แบ่งช่วงสูงอายุออกเป็น 4 ช่วง โดยใช้เกณฑ์ตามลักษณะจิตสังคมชีววิทยา ดังนี้

ช่วงไม่ค่อยแก่ (The Young - Old) อายุ 60 - 69 ปี

ช่วงแก่ปานกลาง (The Middle - Aged Old) อายุตั้งแต่ 70 - 79 ปี

ช่วงแก่จริง (The Old - Old) อายุประมาณ 80 - 89 ปี

ช่วงแก่จริง ๆ (The Very Old – Old) อายุประมาณ 90 ปีขึ้นไป

การที่แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่มแบบนี้ สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง (2536 : 18) ได้ให้เหตุผลไว้ว่าในระยะแรกของการศึกษาเรื่องผู้สูงอายุนั้นการแบ่งกลุ่มแบบนี้ เป็นการแบ่งกลุ่มอายุแบบนักประชากรศาสตร์ที่มักแบ่งกลุ่มอายุ 10 ปี ต่อมาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้น นักวิจัยจึงได้พบคุณลักษณะที่แสดงถึงความแตกต่างของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มค่อนข้างชัดเจนโดยเฉพาะด้านภาวะสุขภาพกาย จิต ซึ่งเกิดภาวะเสื่อมถอยมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ข้อค้นพบเหล่านี้ช่วยยืนยันให้นักวิจัยเกิดความมั่นใจในการแบ่งกลุ่มอายุว่าแบ่งได้เหมาะสมในแต่ละกลุ่มอายุ ผู้สูงอายุมีลักษณะแตกต่างค่อนข้างชัดเจน ดังนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุไม่ค่อยแก่ จะเป็นช่วงที่บุคคลต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม สูญเสียรายได้โดยทั่วไป ผู้สูงอายุจะยังคงเป็นคนที่ค่อนข้างแข็งแรง กระฉับกระเฉง ภาวะความเสื่อมถอยมีร่องรอยปรากฏบ้างเล็กน้อย

2. กลุ่มผู้สูงอายุช่วงแก่ปานกลาง มีภาวะสุขภาพกาย-จิต แข็งแรงลดลง ภาวะความเสื่อมถอยปรากฏเพิ่มมากขึ้น ความกระฉับกระเฉงลดลง ความสามารถความต้องการทำงานและการติดต่อสัมพันธ์กับคนอื่นลดลง พบกับความสูญเสียของการจากไปของเพื่อน คู่ครองหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุใกล้เคียงกันมากขึ้น

3. กลุ่มผู้สูงอายุช่วงแก่จริง ความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมทำได้ยากขึ้น ต้องการความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ไม่วุ่นวาย และต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่านมา ย้อนคิดถึงอดีตมากขึ้นด้วย

4. กลุ่มผู้สูงอายุช่วงแก่จริง ๆ มีภาวะความเสื่อมถอยของร่างกาย จิตใจมาก ต้องการการพักผ่อนตามลำพังอย่างสงบมากกว่าทุกกลุ่ม ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงกว่าเดิม ผู้สูงอายุจะมีลักษณะอยู่กับที่มากกว่าจะเข้าสังคม สำหรับผู้สูงอายุที่ผ่านวิกฤตต่างๆมาแล้วด้วยดีมากมายจะเป็นระยะแห่งความสุขสงบพอใจในตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้เกณฑ์การแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 อายุ 60 – 70 ปี, ช่วงที่ 2 อายุ 71 – 75 ปี และช่วงที่ 3 อายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป ตามความเหมาะสมของลักษณะผู้สูงอายุในประชากรที่ศึกษา

### 2.3 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สังคม สติปัญญา และด้านความสนใจ รวมถึงด้านจิตใจและอารมณ์ ดังนี้ (กัลยา นาคเพ็ชร์; และคนอื่นๆ. 2542 : 128 – 132; จันทรพิชญ์ เนียมอินทร์. 2539 : 14 – 20)

### 2.3.1 ด้านร่างกาย

วัยสูงอายุ ร่างกายมักจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม เนื่องจากอัตราการสลาย (Catabolism) มีสูงกว่าอัตราการสร้าง (Anabolism) ซึ่งตรงกันข้ามกับช่วงแรกของชีวิตที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายจะมีการสร้างในอัตราที่สูงกว่าการสลาย เนื่องจากร่างกายมีการเจริญเติบโตเพิ่มขึ้นจนถึงขีดสุดประมาณอายุ 25 ปี แล้วร่างกายก็เริ่มพัฒนาไปในทางเสื่อม มีผลทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง วัยสูงอายุจึงมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายด้านต่างๆ ดังนี้

#### 2.3.1.1 การเปลี่ยนแปลงด้านประสาทการรับรู้และความสามารถทางการเคลื่อนไหว

2.3.1.1.1 การมองเห็น ผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมของสายตามีทั้งสายตาวาย และสายตาวัดจากต้อเนื้อหรือต้อกระจก การรับรู้ภาพเกี่ยวกับสีและความลึกลดลง ทำให้เห็นภาพต่างๆ ไม่ชัดเจน ต้องมองผ่านแว่นตา

2.3.1.1.2 การฟังหรือการได้ยินเสียงจะน้อยลงเพราะประสาทหูเสื่อมทำให้ได้ยินไม่ค่อยชัดเจน นอกจากนั้นยังมีการเสื่อมของเซลล์รับเสียงสูง คนสูงอายุจึงได้ยินเสียงต่ำได้ดีกว่าเสียงสูง

2.3.1.1.3 การรับรสและกลิ่นเสื่อมลง เนื่องจากประสาทรับรสที่ลิ้นและพื้นที่ผิวภายในแก้มมีการหดตัว และจะหดตัวมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น ผู้สูงอายุบางคนมีร่างกายมีการขาดวิตามินและเกลือแร่บางชนิด เช่น ไนอาซิน วิตามินเอ สังกะสี และทองแดง อาจทำให้การรับรสเปลี่ยนไป ทำให้ความอยากอาหารลดลง เกี่ยวกับอาหารที่มีรส ผู้สูงอายุยังคงรับรสได้ สังเกตได้ว่าผู้สูงอายุชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด

2.3.1.1.4 การสัมผัสทางผิวหนังรับรู้ได้น้อยลงเนื่องจากผิวหนังแห้ง

2.3.1.1.5 ความสามารถทางการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ซึ่งเกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อเอ็น ข้อต่อ และกระดูกต่างๆ ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์กล้ามเนื้อและเอ็นโดยมีขนาดเล็กลง การหดตัวช้าลง ความยืดหยุ่นจะน้อยลง ทำให้กล้ามเนื้อและเอ็นอ่อนแอ การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาที่ใช้กำลังมากในช่วงระยะเวลาสั้นๆ เช่น ยกน้ำหนัก กระโดดไกล มวยปล้ำ ยูโด จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อและเอ็นฉีกขาดได้ง่าย ส่วนข้อต่อและกระดูกจะมีการเสื่อมสภาพและบางลง จึงมีโอกาสเกิดข้ออักเสบหรือกระดูกสันหลังหักยุบได้ นอกจากนั้นการรับรู้ความรู้สึกทรงตัวเสื่อมจึงทำให้ผู้สูงอายุอาจเสียการทรงตัวและเกิดหกล้มเป็นอันตรายได้มาก

#### 2.3.1.2 การเปลี่ยนแปลงความสามารถทางสมอง

ในวัยนี้ น้ำหนักสมองจะลดลงเนื่องจากขนาดเซลล์ประสาทลดลง ทำให้ความจำเสื่อมจำเรื่องราวหรือเหตุการณ์ในอดีตได้แม่นกว่าเรื่องราวหรือเหตุการณ์ในปัจจุบัน มีอาการหลงลืมง่ายแต่บุคคลที่มีสุขภาพสมบูรณ์ ประสิทธิภาพของสมองจะเหมือนบุคคลวัยอ่อนกว่า สามารถ

ทำงานได้ตามปกติ ปัจจุบันมีผู้นิยมใช้ฮอร์โมนเพศเพื่อช่วยรักษาความจำให้ดีขึ้น สาเหตุของความเสื่อมทางสมองอีกปัจจัยหนึ่งที่พบบ่อยในวัยสูงอายุที่เป็นผลมาจากเจตคติของผู้สูงอายุเอง พบว่าส่วนมากผู้สูงอายุจะมีความเชื่อว่าอายุมากเกินที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และกลัวการถูกวิพากษ์วิจารณ์ถ้าหากจะลองพยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเฉื่อยชา ยิ่งทำให้ความจำลดน้อยลง

### 2.3.1.3 การเปลี่ยนแปลงร่างกายด้านอื่นๆที่สำคัญ ได้แก่

2.3.1.3.1 การเปลี่ยนแปลงการทำงานภายในร่างกาย ผู้สูงอายุจะปรับสภาพหรืออดทนต่อการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอุณหภูมิได้ช้าและได้น้อยทั้งอากาศร้อนและหนาว การรับความรู้สึกบริเวณผิวหนังและปลายนิ้วลดลง เนื่องจากเส้นเลือดฝอยบริเวณผิวหนังลดลง ระดับการเผาผลาญอาหารลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออ่อนกำลัง มีผลทำให้อุณหภูมิของร่างกายคงที่ได้ยาก

2.3.1.3.2 ผิวหนังแห้งและหยاب เหยี่ยวนเป็นริ้วรอย เนื่องจากต่อมไขมันหรือต่อมเหงื่อเสื่อมสมรรถภาพลง ปริมาณไขมันที่กักตุนน้อยลงทำให้แก้มตอ

#### 2.3.1.3.3 ผม มีสีขาว หงอก และเบาบางลง

2.3.1.3.4 ฟัน จะค่อยๆ หลุดร่อยหลอไป บางที่ถึงกับสูญเสียฟันทั้งปากทำให้รูปร่างปากเปลี่ยนไป เสียงพูดผิดเพี้ยนไป การรับประทานอาหารก็ทำให้ผู้สูงอายุต้องเลือกรับประทานอาหารแต่พวกคาร์โบไฮเดรตหรือแป้ง หรือเป็นอาหารอ่อนกายน้อยเพื่อสะดวกในการเคี้ยว จึงเป็นโอกาสที่จะเกิดการขาดสารอาหารประเภทโปรตีน วิตามิน และเกลือแร่ได้มาก ทำให้มีอาการท้องผูก

2.3.1.3.5 ระบบทางเดินอาหารเปลี่ยนแปลงไป เริ่มตั้งแต่ต่อมน้ำลายมีการหลั่งน้ำลายลดลง ทำให้ปากแห้งขาดเมือกในการหล่อลื่นอาหาร ประสาทที่ควบคุมการกลืนทำงานได้น้อยลง ทำให้กลืนอาหารลำบาก เกิดอาการเบื่ออาหาร เกี่ยวกับการหลั่งน้ำย่อยพบว่า การหลั่งน้ำย่อยและกรดเกลือในกระเพาะอาหารลดลงร้อยละ 9 – 35 การที่กรดเกลือลดลงมีผลให้ภาวะความเป็นกรดของลำไส้ลดลง การดูดซึมแร่เหล็ก แคลเซียม และวิตามินบี 12 ลดลงด้วย นอกจากนั้นน้ำย่อยจากตับและตับอ่อนก็ลดปริมาณการหลั่งลงไปด้วย ทำให้การย่อยไขมันและโปรตีนเกิดได้น้อยลง

2.3.1.3.6 หลังมักจะมีค่อมโค้งงอ เนื่องจากหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมและบางลง ในหญิงบางคนจะมีปริมาณแคลเซียมในกระดูกลดลง ทำให้กระดูกมีรูพรุน (Osteoporosis) มีโอกาสเปราะหักได้ง่าย โดยมากจะเกิดกระดูกกร่อนในส่วนของกระดูกข้อมือ กระดูกสะโพก กระดูกต้นขา และกระดูกสันหลัง ทำให้เกิดอาการปวดหลังและข้อได้ง่าย

2.3.1.3.7 การนอนหลับ ผู้สูงอายุจะนอนหลับยาก หลับไม่สนิท นอนไม่นาน อาจนอนหลับได้เพียง 2 – 3 ชั่วโมงต่อวัน ยิ่งอายุมากขึ้นก็ยิ่งหลับยาก

2.3.1.3.8 ความสามารถในการทำงานของไตลดลง เนื่องจากไตมีการสูญเสียเซลล์และมีเลือดไปเลี้ยงไตได้น้อยลง ทำให้การขับถ่ายของเสียออกทางไตเป็นไปได้ไม่ดีเต็มที่ จึงมักพบมีการคั่งของสารยูเรียในโตรเจนในเลือด

2.3.1.3.9 ระบบการไหลเวียนโลหิต การยืดหยุ่นของหลอดเลือดจะน้อยลง หากได้รับอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลมากจะทำให้เป็นโรคอ้วน และมีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์และโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแข็งตัว และโรคหัวใจขาดเลือดได้ง่าย

2.3.1.3.10 การเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ มีการเสื่อมพลังงานทางเพศ ความรู้สึกทางเพศสัมพันธ์ในผู้ชายจะยังคงมีและมีมากกว่าในผู้หญิง และยังสามารถมีบุตรได้กับหญิงในวัยเจริญพันธุ์

สรุป การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงในด้านประสาทการรับรู้ ความสามารถทางการเคลื่อนไหว ความสามารถทางสมอง และมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานภายในร่างกาย เช่น ผิวหนังแห้ง ผมขาวหงอก บางลง ฟันหลุดร่วง ระบบทางเดินอาหารเปลี่ยนแปลงและความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายลดลง

### 2.3.2 ด้านสังคม

วัยสูงอายุเป็นช่วงวัยแห่งการปลดเกษียณ ทำให้ต้องแยกจากสังคม ขาดการติดต่อกับเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง บทบาทหน้าที่ต่างๆเปลี่ยนแปลงไปจากบทบาทการเป็นผู้บริหาร การเป็นที่ปรึกษาของคนวัยกลางคน การเป็นหัวหน้าครอบครัว มาเป็นผู้ใหญ่ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเสียเป็นส่วนใหญ่ มีบ้างที่ให้ผู้อื่นพึ่งพาขึ้นอยู่กับประสบการณ์และพัฒนาการในวัยก่อนๆของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง บุคคลได้สร้างฐานะดี ทำงานมาก มีเงินมาก มีการเตรียมความพร้อมรับกับภาวะหลังปลดเกษียณดีก็ทำให้บุคคลนั้นคงความเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข ความเป็นอยู่ที่พึงพอใจ มีเศรษฐกิจพอเพียง เป็นที่รักใคร่ของลูกหลาน แม้ว่าต้องลดบทบาทจากการเป็นผู้นำครอบครัวมาเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว ให้นุตรมาเป็นผู้นำครอบครัวแทนด้วยความพึงพอใจ แต่ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลใดในช่วงวัยก่อนสูงอายุประสบกับความล้มเหลวของชีวิต ไม่สามารถสร้างครอบครัวได้สำเร็จ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะประสบแต่ความทุกข์ ฐานะเศรษฐกิจไม่ดี ไม่มีเงินบำนาญจุนเจือ จึงไม่กล้าติดต่อกับใคร แยกตัวอยู่ตามลำพัง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจึงขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลและโอกาสที่จะเอื้ออำนวย เช่น ภาวะสุขภาพ สภาพเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในครอบครัว ภาวะการครองเรือน เป็นต้น ผู้สูงอายุจึงควรหากิจกรรมที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง เช่น การปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ฯลฯ ช่วยให้เกิดความเพลิดเพลินในกิจกรรม เอื้อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบกลุ่มกิจกรรมทางสังคมที่มีความสนใจในแบบเดียวกัน

สรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมในผู้สูงอายุ มักเป็นการถูกแยกจากสังคม มีการติดต่อกับบุคคลอื่นลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทั้งในครอบครัวและหน้าที่การงาน ซึ่งมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ

### 2.3.3 ด้านสติปัญญา

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความสามารถด้านสติปัญญาจะพัฒนาไปในทางเสื่อมลง เนื่องจากอวัยวะรับสัมผัสต่างๆมีการเสื่อมลง เช่น ตามัว หูตึง การรับรู้รสชาต เป็นเหตุให้การรับรู้ข้อมูลหรือบกพร่อง ประกอบกับมีความเสื่อมของสมองทำให้ความจำลดลง ผู้สูงอายุจะสามารถจำความหลังเก่าๆ ซึ่งเป็นความจำช่วงยาวได้ดีกว่าความจำในเหตุการณ์ที่เพิ่งผ่านพ้นไป ซึ่งเป็นความจำช่วงสั้น การเรียนรู้เรื่องใหม่ๆจะช้าลง ความว่องไวในการคิดจะลดลง บุคคลที่ทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลาหลายปีและต่อเนื่องสม่ำเสมอ เมื่อถึงวัยนี้การทำงานของสมองจะปกติ มีเชาวน์ปัญญาที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานเป็นประจำ

สรุปการเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญาในผู้สูงอายุ มีเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง ทำให้การเรียนรู้และการรับรู้ลดลง

### 2.3.4 ด้านความสนใจ

ความสนใจของบุคคลในวัยสูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะต่างๆ ดังนี้

2.3.4.1 ความสนใจในตนเอง ช่วงนี้จะเป็นช่วงที่ส่วนใหญ่มักไม่ได้ประกอบอาชีพ มีชีวิตอยู่ภายใต้ความคิดของตนเองเกี่ยวกับอดีตและปัจจุบัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่แยกตัวเองอยู่ตามลำพัง มักจะมีความรู้สึกถูกละทิ้ง ดังนั้นจึงคิดถึงตัวเองมากที่สุด มีความยึดมั่นในตนเอง ไม่ยอมรับความคิดเห็นของผู้ใด วัยนี้จึงวิตกกังวลเรื่องสุขภาพและความตาย

2.3.4.2 ความสนใจด้านศาสนา คนในวัยสูงอายุจะสนใจในการปฏิบัติธรรม ทั้งนี้เพราะศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ทำให้บุคคลได้ศึกษาหลักธรรมและความเป็นจริงของชีวิต ทำให้ไม่เกิดความกังวลกับความตายมากเกินไป

2.3.4.3 ความสนใจด้านเศรษฐกิจ รายได้ของวัยนี้มักจะเป็นผลจากการเก็บออมมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ บางคนต้องพึ่งพาอาศัยบุตรหลานอาจเกิดความคับข้องใจได้

สรุป การเปลี่ยนแปลงในด้านความสนใจของผู้สูงอายุจะแตกต่างกันไปในหลายๆลักษณะ เช่น สนใจในตนเอง สนใจด้านศาสนา หรือด้านเศรษฐกิจ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของชีวิตที่ผ่านมาของแต่ละคน

### 2.3.5 ด้านจิตใจและอารมณ์

ในวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายอย่าง ซึ่งเป็นไปในด้านลบ อันประกอบด้วย

2.3.5.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทั้งนี้เพราะมีเพื่อนฝูงตายจากหรือบุคคลที่เป็นญาติสนิทหรือคู่ชีวิตที่ตายจาก ทำให้ผู้สูงวัยเกิดความรู้สึกถูกแยกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ก่อให้เกิดความเศร้าได้ง่าย

2.3.5.2 การสูญเสียความสัมพันธ์ทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยอันควรที่จะต้องออกจากการทำงาน คือ ปลดเกษียณ ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดลงด้วย เนื่องจากหมดภาระการติดต่อด้านธุรกิจการงานหรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ไม่มีเป้าหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคมหรือต่อชุมชน และขณะเดียวกันก็ทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดน้อยลง ผลจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุอาจปรับตัวลำบากต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าว

2.3.5.3 ความสูญเสียสัมพันธ์ภายในครอบครัว เนื่องจากในวัยผู้สูงอายุนี้ บุตรธิดาก็มักจะมีครอบครัวกันแล้ว และแยกย้ายกันไปอยู่ต่างหาก โดยเฉพาะในลักษณะของสังคมยุคปัจจุบันที่ครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวมากกว่าลักษณะครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับลูกหลานของตนลดถอย โดยต่างคนต่างอยู่หรือมีการติดต่อสัมพันธ์กันหรือมีกิจกรรมร่วมกันลดลงกว่าแต่ก่อน ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ยิ่งขาดกำลังวังชาในการดูแลกิจกรรมในบ้านในครอบครัวของตนเองด้วยแล้ว ก็ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเจ็บเหงาเปล่าเปลี่ยว เกิดความซึมเศร้า เปื่อหน่ายเกิดขึ้นได้ง่าย

2.3.5.4 ความสูญเสียสมรรถนะทางเพศ ซึ่งเป็นการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ทางจิตใจของคนเรา อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกาย ทำให้เกิดการเสื่อมในสมรรถนะทางเพศ ตลอดจนความสวยงามสดงดงามของรูปร่างหน้าตาทั้งหมดไปด้วย ผลอันนี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล เพราะรู้สึกว่าตนเองขาดความดึงดูดความสนใจจากเพศตรงข้าม ยิ่งทำให้เพิ่มความหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิตยิ่งขึ้น

สรุป จากผลของการสูญเสียในสิ่งต่างๆด้านจิตใจและอารมณ์ดังกล่าว มีผลทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางใจในผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เกิดความรู้สึกว่าเหว รู้สึกหมดหวังท้อแท้ในชีวิต เกิดความซึมเศร้า ประกอบกับถูกโหมจกการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและพบว่า ตนเองความจำก็ไม่ดี การได้ยินก็ไม่ชัดเจน ยิ่งทำให้อารมณ์หวั่นไหวมากยิ่งขึ้น จนทำให้ในบางคนที่ปรับตัวไม่ได้ เกิดป่วยทางสุขภาพจิตได้ในระยะนี้ ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยๆ คือ โรคซึมเศร้า โรคจิตในวัยสูงอายุ การฆ่าตัวตาย และโรคกลุ่มอาการทางสมองที่มีการกระทบกระเทือนทางจิตใจ อันเกิดจากเส้นเลือดตีบในสมอง

สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุมีสาเหตุดังนี้

### 1. ความจำ

ผู้สูงอายุอาจมีความจำเรื่องราวในอดีตได้อย่างสมบูรณ์ ในขณะที่ความจำต่อสิ่งใหม่ๆมีน้อย กล่าวสั้นๆก็คือ เรื่องใหม่ลืมนำ เรื่องเก่าจำได้ดี จากกฎการถอยกลับของไรบอตต์ (Ribot's Law of Regression) พบว่า ผู้สูงอายุจะจำเหตุการณ์ในวัยเด็กได้ง่ายและชัดเจนกว่า เหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น การมีชีวิตอยู่กับอดีตและความหลังเป็นสิ่งปกติวิสัยของผู้สูงอายุ ความทรงจำต่อเหตุการณ์ที่เพิ่งผ่านไปสำหรับผู้สูงอายุมักจะจำคำบอกเล่าได้ดีกว่าสิ่งที่พบเห็นจริงด้วยตนเอง ด้วยเหตุนี้การช่วยความทรงจำของผู้สูงอายุโดยอาศัยเนื้อความสำคัญในการบอกเล่านั้นๆเป็นประเด็นไป

### 2. สติปัญญา

ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมของสมอง ความคิดความอ่านช้าลง แต่ความแม่นยำยังคงมีเท่าๆกับคนหนุ่มสาว ถ้าให้เวลามากขึ้น ความสามารถในการแสดงความคิดเห็นและวิจารณ์ญาณจะทำได้ดีในสถานการณ์ที่ต้องอาศัยประสบการณ์ ความสุขุมรอบคอบ ความสามารถในการวิเคราะห์ และคำนวณสิ่งต่างๆจะลดลง แต่ความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวกับภาษายังคงมีอยู่จนกระทั่งระยะสุดท้ายของชีวิต

### 3. การเรียนรู้

ผู้สูงอายุจะมีความกระตือรือร้นในการเรียน ความเข้าใจน้อยและช้าลง ซึ่งสิ่งนี้จะมี ความความสัมพันธ์กับการใช้ความจำที่ลดน้อยลง ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกเหนื่อย และคิดว่า ในช่วงชีวิตที่ยาวนานของตนเองได้เกิดการเรียนรู้มาพอเพียงแล้ว ต้องการการพักผ่อนมากกว่า

### 4. ความตายของบุคคลผู้ใกล้ชิด

ความตายของบุคคลผู้ใกล้ชิดเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความกลัวหวั่นวิตกกังวลเป็นอย่างยิ่ง และจะเกิดความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง ไม่มั่นใจและรอคอยระยะเวลาที่ความตายจะมาถึงตนเอง จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะเครียด และตกอยู่ในความอ้างว้างเดียวดายอย่างยิ่ง 3 ใน 4 ของบุคคลผู้เสียชีวิตมักจะมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ความตายของญาติและเพื่อนสนิท ความเศร้าโศกอาดูรที่เกิดขึ้นในบั้นปลายของชีวิตเป็นสิ่งที่คนสูงอายุปรับตัวปรับใจได้ยาก รูปแบบการแสดงออกซึ่งอารมณ์ความรู้สึกเศร้าโศกอาดูรจะไม่เหมือนในวัยหนุ่มสาวทั่วไป บางรายอาจเก็บความรู้สึกไว้ ไม่มีการเวทนา คร่ำครวญ บางรายแสดงออกมาในลักษณะบอกเล่าถึงความผิดปกติทางร่างกายอยู่ตลอดเวลา การสูญเสียคู่ชีวิต คู่คิดหรือเพื่อนคุยที่เข้าใจกันดีมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกหดหู่ เศร้า เดียวดาย หงอยเหงา อ้างว้างเป็นอย่างยิ่งและหากการสูญเสียนี้เกิดขึ้นกะทันหัน โดยมิได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าแล้วจะมีผลต่อสภาพจิตใจอย่างรุนแรงจนบางครั้งผู้สูงอายุที่อยู่เกิดการตรอมใจ เป็นผลทำให้การทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆทำหน้าที่ช้าลง อ่อนลงเพราะขาดกำลังใจได้

## 5. บุคลิกภาพ

ลักษณะและรูปแบบของบุคลิกภาพดั้งเดิมจะคงไว้ได้ แต่ลักษณะเด่นเฉพาะจะแสดงออกมามากขึ้น เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น Neugarten (1968) ได้แบ่งรูปแบบของบุคลิกภาพที่มนุษย์ปรับตนเองเข้าสู่วัยชราและครบเกษียณอายุไว้ดังนี้คือ

5.1 บุคลิกภาพแบบผสมผสาน (Integrated personalities) คนส่วนมากจะอยู่ในรูปแบบนี้ ซึ่งจำแนกเป็นรูปแบบย่อยได้ดังต่อไปนี้

5.1.1 “Reorganizers” กลุ่มนี้จะค้นหากิจกรรมหรือหาพฤติกรรมปรับรูปร่างความสามารถดั้งเดิมที่หายไป จะมีการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันสูงและมีความพึงพอใจค่อนข้างมาก

5.1.2 “Focused” เป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมและระดับความพึงพอใจปานกลาง

5.1.3 “Disengaged” เป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมน้อย แต่มีระดับความพอใจสูง

5.2 บุคลิกภาพแบบต่อต้าน (Armoured or defended personalities) บุคลิกภาพแบบนี้จะแบ่งออกได้เป็น

5.2.1 “Holding on” เป็นกลุ่มที่เกลียดกลัวความชรา พยายามยึดรูปแบบบุคลิกภาพของตนในวัยกลางคนไว้และมีความพึงพอใจในระดับสูงต่อการยึดถือเช่นนี้

5.2.2 “Constricted” เป็นกลุ่มที่เกลียดกลัวความชราเช่นกัน จึงชอบจำกัดบทบาทและพฤติกรรมของตนเอง จะมีความพึงพอใจสูงถ้าบทบาทของตนเองมีน้อยตามที่คาดหวังไว้

5.3 บุคลิกภาพเฉยชาและพึ่งพาบุคคลอื่น (Passive – dependent personalities)

5.3.1 “Succurance – Seeking” เป็นกลุ่มที่พึ่งพาบุคคลอื่น เพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ของตนเอง

5.3.2 “Apathic or Rocking Chair” กลุ่มนี้จะแสดงพฤติกรรมเฉยชา มีนัยไม่สนใจใฝ่ดีต่อสิ่งแวดล้อม มีกิจกรรมน้อย มีความพอใจระดับปานกลางและต่ำ

5.4 บุคลิกภาพแบบขาดการผสมผสาน (Unintegrated personalities)

พวกนี้ไม่สามารถปรับตัวปรับใจให้ยอมรับความชราของตนเองได้ ขาดการควบคุมอารมณ์ มีการบกพร่องด้านความคิดอ่านและภาวะจิตใจอย่างเห็นได้ชัด จะยังคงอยู่ในชุมชนได้ แต่จะมีพฤติกรรมและความพึงพอใจต่อชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ผู้สูงอายุส่วนมากจะยึดถือต่อความคิดเห็นของตนเอง ยึดมั่นต่อสิ่งดั้งเดิม ไม่ค่อยยอมเปลี่ยนแปลงสิ่งใดง่ายๆ โดยเฉพาะถ้าสิ่งนั้นทำให้เขาประสบความสำเร็จมาแล้วในอดีต ความหัวเก่าหรือการไม่ยอมเปลี่ยนแปลงอะไรง่ายๆ ในผู้สูงอายุที่มีมากขึ้นนั้นเป็นผลมาจากความกดดันทางสภาพเศรษฐกิจและสังคม ผู้สูงอายุยังมีการปรับตัวค่อนข้างลำบาก โดยเฉพาะในเพศชายวัยก่อนเกษียณอายุ ซึ่งเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ การเป็นที่ยอมรับของบุคคล

ทั่วไป ตลอดจนความรู้สึกสูญเสียสมรรถภาพ ความสามารถในการทำงาน โดยที่คิดว่าตนเองยังทำได้ สิ่งนี้จะทำให้เกิดความรู้สึกกลัว ไม่มั่นคง สับสน มีการเปลี่ยนแปลงทางสถานภาพ อาชีพ และรายได้ ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าช่วงนี้เป็นช่วงที่ต้องพึ่งพาคู่คนอื่น เป็นช่วงที่เสมือนไร้ความสามารถ ผู้สูงอายุบางรายที่มีอายุมาก จะมีความภาคภูมิใจในควมมีอายุยืนยาวของตนเอง และมักมีความวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของตนเองน้อยลง ยอมรับสภาพความเป็นจริง ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น

สรุป การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ มีสาเหตุจากความทรงจำในอดีต สถิติปัญญา การเรียนรู้ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลใกล้เคียง รวมทั้งบุคลิกภาพที่แตกต่างกันทำให้การปรับตัวแตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจในผู้สูงอายุ

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจในผู้สูงอายุ แยกได้ 4 ประการ คือ

1. การรับรู้ ผู้สูงอายุมักจะยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้ต่อสิ่งใหม่เป็นไปได้ยาก เพราะความสามารถและประสิทธิภาพของอวัยวะรับความรู้สึก การสื่อสาร และการรับรู้เสื่อมสมรรถภาพลง ความสามารถในการจำจดถอย ทำให้การทำความเข้าใจกับการสื่อด้วยภาษาพูด กิริยาท่าทางหรือการสื่อในรูปแบบอื่นๆ เป็นไปอย่างช้าๆ และไม่สู้สมบูรณ์ การแปลความหรือตีความมีโอกาสผิดพลาดง่าย ต้องอาศัยเวลา ผู้สูงอายุมักจะใช้ประสบการณ์ที่เคยผ่านมาเป็นเครื่องประกอบการตัดสินใจรับรู้ของตน บางครั้งการรับรู้นั้นก็ลำเอียงไปตามความเข้าใจของตน ด้วยลักษณะดังกล่าวนี้ผู้สูงอายุจึงมักมีความคิดเห็นไม่ตรงกับผู้อ่อนวัยกว่า และมักจะขัดแย้งกัน อีกประการหนึ่งผู้สูงอายุจะมีความคิดและคตินิยมดั้งเดิมเป็นอารมณ์อยู่ ซึ่งเปลี่ยนแปลงยาก เพราะเป็นนิสัยที่ปลูกฝังมานานนับสิบปี

2. การแสดงออกทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นกลไกเกี่ยวเนื่องกับการสนองความต้องการของจิตใจ ต่อการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ต่างๆ ส่วนใหญ่จะเป็นความท้อแท้และน้อยใจ โดยรู้สึกว่าสังคมมิให้ความสำคัญแก่ตนเองดังที่เคยเป็นมาแต่ก่อน บางครั้งก็ลืมนึกไปว่าตนได้ถึงวาระแห่งการเปลี่ยนแปลงแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนจิตใจเพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์จะเป็นอยู่ชั่วระยะเวลาหนึ่ง เมื่อผู้สูงอายุเริ่มยอมรับและปรับสภาพได้ว่า เมื่อมีอายุต้องมีความสูญเสียต้องมีบทบาทใหม่ที่มีใช้ปฏิบัติเอง เป็นแต่เพียงผู้แนะนำหรือบางทีต้องเป็นผู้รับการดูแล เพราะข้อจำกัดต่างๆ ของสังขาร ความมีเหตุผลและประสบการณ์การเรียนรู้จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้จักการสกัดกั้นทางอารมณ์และแสดงออกในทางที่ดีขึ้น

3. การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง การมีอายุมากขึ้นก็คือเดินเข้าสู่ความตาย ความตายเป็นกาลเวลาแห่งความสิ้นสุด การยอมรับต่อสภาวะดังกล่าวของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุ พัฒนาวีถีดำเนินชีวิตให้กับตนเองเป็นโลกใหม่ของวัยผู้สูงอายุ ซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันไปตามเหตุผล และความพึงพอใจของแต่ละบุคคล บางคนมุ่งสร้างชีวิตที่ดี บางคนมุ่งชีวิตสงบเข้าวัดถือศีล กินมังสวิรัต บางคนชอบเลี้ยงหลาน และบางคนก็ชอบอยู่คนเดียว เพราะทำให้รู้สึกอิสระและได้ใช้ชีวิตอย่างที่ชอบก่อนที่จะตาย

4. ความสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดล้อมเฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและตรงกับความต้องการของตนเองเท่านั้น โดยมีอารมณ์เป็นพื้นฐาน ความสนใจส่วนใหญ่จะมุ่งไปที่ตัวเอง เพราะมีเวลาที่จะคิดถึงตนเอง เนื่องจากว่างจากภาระกิจการงานและสังคม จะชอบหรือสนใจในสิ่งที่ตนคุ้นเคยเท่านั้น งานแปลกใหม่อื่นๆจะไม่ชอบ ความสนใจสิ่งแวดล้อมอื่นๆอาจมีอยู่บ้าง แต่ลดถอยไปมาก ชอบชีวิตเรียบง่าย ความมุ่งหวังหรือใฝ่ฝันในชีวิตลดลงหรือไม่มีเลย ชอบที่จะเป็นผู้ตามมากกว่าผู้นำ ยกเว้นบางคนที่ยังคงความสามารถอยู่ แต่น้อยคนมาก

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของการรับรู้ การแสดงออกทางอารมณ์ การสร้างวิถีการดำเนินชีวิตของตนเอง และการสนใจสิ่งแวดล้อม เป็นผลให้สภาพจิตใจของผู้สูงอายุแตกต่างกันไป

## 2.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีการศึกษา 2 ด้านด้วยกัน คือ ในด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ทฤษฎีผู้สูงอายุซึ่งจะนำเสนอในที่นี้ จึงมีทฤษฎีทางชีววิทยา ซึ่งกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาและสรีระวิทยาในผู้สูงอายุกับทฤษฎีทางด้านจิตใจ ซึ่งอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ในผู้สูงอายุ ทฤษฎีดังกล่าวมีดังต่อไปนี้ (จันทรพิชญ์ เนียมอินทร์. 2539 : 28 – 31)

### 2.4.1 ทฤษฎีทางด้านร่างกาย

2.4.1.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories) นักชีววิทยาหลายท่านได้อธิบายถึงกระบวนการทางชีววิทยา สรีระวิทยา และการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างต่างๆในวัยสูงอายุ และทฤษฎีนี้ มีหลายทฤษฎีย่อย ได้แก่

2.4.1.1.1 ทฤษฎีเซลล์ (Cell Theory) อธิบายว่า เซลล์บางชนิดมีการสร้างขึ้นใหม่ตลอดเวลา แต่ไม่อาจทำหน้าที่ได้มีประสิทธิภาพทัดเทียมกับเซลล์ที่ตายไปแล้ว เช่น เซลล์ผิวหนังชั้นบน เซลล์บุผนังลำไส้ เซลล์ระบบไหลเวียนของเลือด เซลล์เหล่านี้ถูกกระทบกระเทือนทำให้เกิดการเสียดสีหรือระคายเคืองโดยสิ่งแวดล้อมได้ง่าย เชื่อว่าสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสารในเซลล์ถูกทำลาย ทำให้ความสามารถในการส่งอาหารและออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อมีประสิทธิภาพลดลง

2.4.1.1.2 ทฤษฎีการถูกกำหนด (Programing Aging Theory) วิสสันเชื่อว่า ยีนส์เป็นตัวกำหนดการเปลี่ยนแปลงตลอดช่วงอายุของคน

2.4.1.1.3 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางกาย (Somatic Mutation Theory) อธิบายว่า จะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในเซลล์ของ DNA ในระยะการแบ่งเซลล์ จึงทำให้การทำงานของเซลล์ลดประสิทธิภาพลง

2.4.1.1.4 ทฤษฎีโมเลกุล (Molecular Theory) อธิบายว่า สาเหตุของการสูงอายุ เกิดจากการถ่ายทอด DNA ทำให้เซลล์ใหม่แตกต่างไปจากเดิม จึงทำหน้าที่เปลี่ยนไป

2.4.1.1.5 ทฤษฎีคอลลาเจน (Collagen Cross – Linkage) เชื่อว่า เป็นการเสื่อมของเนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆของผู้สูงอายุ เกิดขึ้นจากการยึดเกาะกันแน่น ไม่ยอมคลายตัวของสารโปรตีน เช่น พวกรคอลลาเจน ทำให้เนื้อเยื่อต่างๆลดการย่อย และการขับถ่ายของเสียในร่างกาย ทำให้การทำงานของเซลล์ไม่สมดุล

2.4.1.1.6 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) เชื่อว่า การเสื่อมของเซลล์ในร่างกายเป็นผลของการสะสมของสารประกอบทางเคมีไปทำให้ยีนส์เกิดความผิดปกติ และทำให้คอลลาเจน และอีลาสติน ซึ่งมีโปรตีนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของเนื้อเยื่อยึดเหนี่ยวเกิดขึ้นมาก จนทำให้เสียความยืดหยุ่น เชื่อว่าการเสื่อมนี้จะลดลงด้วยสารที่มีคุณสมบัติคล้ายวิตามินอีและซี

2.4.1.1.7 ทฤษฎีความเสื่อมถอย (Wear and Tear Theory) เชื่อว่า เซลล์ทำงานมาเป็นเวลานาน คล้ายกลไกเครื่องยนต์ ย่อมสึกหรอหย่อนสมรรถภาพ ถ้าได้รับความกระทบกระเทือนจากภาวะใดก็ตาม จะทำให้เกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย

2.4.1.1.8 ทฤษฎีทำลายตนเอง (Autoimmune Theory) เชื่อว่าความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง พร้อมกับมีการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น ทำให้มีการต่อต้านตนเอง ทำลายเซลล์ของร่างกาย ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย

2.4.1.2 ทฤษฎีทางสรีระวิทยา (Physiological Theory) เชื่อว่า ศูนย์ควบคุมความร้อน ไฮโปธาลามัสซึ่งอยู่ในสมองทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของต่อมไร้ท่อ จะเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยลงเมื่ออายุมากขึ้น

## 2.4.2 ทฤษฎีทางด้านจิตใจ

2.4.2.1 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories) เชื่อว่า การเปลี่ยนบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ เป็นการพัฒนาการปรับตัวเกี่ยวกับสติปัญญา ความนึกคิด ความจำ การรับรู้ และแรงจูงใจ รวมทั้งสังคมที่อยู่อาศัย แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยามีดังนี้ คือ

2.4.2.1.1 ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่ปราดเปรื่อง และคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ ต้องมีความสนใจเรื่องราวต่างๆ มีการค้นคว้าพยายาม

เรียนรู้อยู่ตลอดเวลา และผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้ได้ต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี มีเงินใช้สอยไม่เดือดร้อน เป็นเครื่องเกื้อหนุน

2.4.2.1.2 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) เชื่อว่า ผู้สูงอายุนั้นจะสุขหรือทุกข์ ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง และการพัฒนาจิตใจ ถ้าผู้สูงอายุเติบโตมาด้วยความมั่นคงอบอุ่น มีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุขสามารถอยู่กับบุตรหลานหรือผู้อื่นได้โดยไม่มีความเดือดร้อนใจ แต่ถ้าผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ทำงานร่วมกับใครไม่ได้ ใจคับแคบ และมักรู้สึกว่าตัวเองทำคุณกับใครไม่ขึ้น มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีความสุข ชีวิตเศร้าและเจียบเหงา

2.4.2.2 ทฤษฎีด้านสังคมวิทยา (Sociological Theories) เป็นทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับวิถีทางในการปรับตัวของผู้สูงอายุในช่วงสุดท้ายของชีวิต พยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป และการปรับตัวต่อสถานภาพนั้นๆ ทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับและใช้ในการศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุมาแล้ว มี 2 ทฤษฎีด้วยกัน คือ ทฤษฎีกิจกรรมทางสังคม (Activity Theory) และทฤษฎีถอยออกจากสังคม (Disengagement Theory) (เพ็ญแข ประจักษ์นิก. 2534 : 14 – 15) มีรายละเอียดดังนี้ คือ

2.4.2.2.1 ทฤษฎีกิจกรรมทางสังคม (Activity Theory) ให้ความสำคัญต่อกิจกรรมทางสังคมว่าเป็นหลักของชีวิตของบุคคล กล่าวคือ การปรับตนของบุคคลมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับกิจกรรมทางสังคม ยิ่งมีกิจกรรมมากยิ่งขึ้นเท่าไรก็จะปรับตัวได้มากขึ้นเท่านั้น ตามแนวคิดนี้บุคคลผู้ชราจะพยายามรักษาทัศนคติ และกิจกรรมในวัยกลางคนไว้ให้ได้มากที่สุด และพยายามทดแทนกิจกรรมที่หายไปนั้นด้วยกิจกรรมใหม่ๆ และทำนายได้ว่าบุคคลที่มีความกระตือรือร้นทางสังคมจะมีมโนภาพแห่งตนในทางบวก มีส่วนร่วมในสังคม มีความพอใจในชีวิต และจะเป็นผู้ยอมรับความชราภาพเป็นอย่างดี เพราะฉะนั้นนักวิชาการ เช่น เบอร์เกส เป็นต้น จึงเสนอแนะว่าผู้ชราควรได้รับการจัดบทบาทใหม่ๆ ซึ่งในปัจจุบันนี้บุคคลในวัยชราจะอยู่ในสภาพไม่มีบทบาททางสังคม (Roleless) และสภาพการณ์เช่นนี้ ยังได้รับการสนับสนุนจากสังคมโดยส่วนรวมอีกด้วย เพราะฉะนั้นจึงน่าจะได้มีการปรับสถานการณ์นี้เสียใหม่

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ได้อธิบายทฤษฎีกิจกรรมทางสังคมว่า บุคคลควรมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พอใจในชีวิต เชื่อว่าการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมจะช่วยให้รักษาสุขภาพ และบุคลิกภาพของบุคคลไว้ได้ และจะดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข (จันทรเพ็ญ เนียมอินทร์. 2539 : 30 อ้างอิงจาก สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. 2533 : 8)

2.4.2.2.2 ทฤษฎีถอยออกจากสังคม (Disengagement Theory) อธิบายว่า บุคคลจะลดบทบาททางสังคมลงไปตามอายุ ซึ่งจะอยู่ในลักษณะที่สมยอมทั้งสองฝ่าย คือ ฝ่ายตัวบุคคล และฝ่าย

สังคม และผู้ชราจะพยายามลดความขัดแย้งจากสถานภาพ โดยการยอมรับบทบาทของตนตามที่สังคมต้องการ กระบวนการถอยออกจากสังคมจะขึ้นอยู่กับบุคคล แต่ตามแนวคิดนี้บุคคลจะค่อยๆ ลดความผูกพันต่อสังคมลงเป็นลำดับ โดยที่มีความตระหนักด้านอายุ และความคับแคบของประสบการณ์ที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งความสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุวัยชราจะค่อยๆ ลดบทบาททางสังคมของตนลง ทำให้สูญเสียสถานภาพทางสังคม ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า แม้ว่าทฤษฎีถอยจากสังคมได้รับการวิจารณ์ในเชิงลบอยู่บ้าง เช่น กล่าวว่าการถอยออกจากสังคมจะเกิดในผู้ชราบางช่วงอายุหรือในบางพฤติกรรมเท่านั้น หรือมีการถอยจากบทบาทบางอันเท่านั้นที่ไม่พอใจ แต่ยังคงพอใจที่จะรักษาบทบาทอื่นๆ ไว้ นอกจากนี้แล้วพบว่า ผู้ชราบางกลุ่มพอใจที่จะอยู่คนเดียว และถือว่าเป็นประสบการณ์ที่ดี แต่อย่างไรก็ตาม ทฤษฎีนี้ยังคงเป็นทฤษฎีนำในการศึกษาการปรับตัวทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย อธิบายว่า ทฤษฎีถอยจากสังคมเป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยการเลือกเกี่ยวข้องกับ หรือการไร้ภาระผูกพัน ซึ่งประกอบด้วย การละบทบาททางสังคม คนหนุ่มสาวเข้ามาแทนที่ ผู้สูงอายุควรต้องเตรียมตัวรับมือกับความตายที่จะเกิดขึ้น จึงไม่ทำให้สังคมเกิดภาวะเสียสมดุล การเลิกเกี่ยวกับสังคม เป็นกระบวนการต่อเนื่องสำหรับทุกคน จะหลีกเลี่ยงไม่ได้ ความแตกต่างในบุคลิกภาพไม่ใช่สิ่งสำคัญ (จันทร์เพ็ญ เนียมอินทร์. 2539 : 31 อ้างอิงจาก สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. 2533 : 8)

เกี่ยวกับทฤษฎีทั้งสองนี้ เพ็ญแข ประจวบปัจฉิม (2534: 15 – 16) ได้สรุปไว้ว่า ในทฤษฎีกิจกรรมทางสังคมนั้น ผู้ชรายังมีความคล้ายคลึงกับบุคคลในวัยกลางคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการทางจิตใจ และสังคม การลดบทบาทจึงเป็นการคัดค้านกับสิ่งที่ต้องการ และจะพยายามต่อต้านหรือหาทางอื่นมาทดแทนบทบาทที่สูญเสียไป แต่ทฤษฎีถอยจากสังคมนั้น กระบวนการลดบทบาททางสังคมเป็นกระบวนการที่ยอมรับจากตัวบุคคล คือ ผู้ชรา ซึ่งอธิบายได้ว่า เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ชรา ซึ่งได้แก่ ความต้องการที่จะสนใจต่อตนเองมากขึ้น จึงเป็นส่วนช่วยให้เต็มใจที่จะให้ลดบทบาททางสังคม ซึ่งลักษณะที่เกิดขึ้นนี้ช่วยทำให้เกิดความสมดุลระหว่างตัวบุคคลกับสังคม แต่ในการถอยจากสังคมนั้นพบว่า มีความแตกต่างระหว่างบุคคลเกิดจากกระบวนการภายในตัวบุคคลที่ไม่เท่ากัน เป็นเหตุให้มีพฤติกรรมถอยจากสังคมไม่เท่ากัน

จากทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุดังกล่าวมาข้างต้น ซึ่งแบ่งเป็น ทฤษฎีทางด้านร่างกายและทฤษฎีทางด้านจิตใจ สรุปได้ว่า ในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างต่างๆ ในร่างกายไปในทางเสื่อมลงทำให้การทำงานของเซลล์ในร่างกายเสียสมดุลทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย ส่วนทฤษฎีทางด้านจิตใจ เป็นการปรับตัวในด้านสติปัญญา ความนึกคิด ความจำ การรับรู้และแรงจูงใจ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ

## 2.5 ปัญหาของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุต้องจัดการกับการเปลี่ยนแปลงมากมาย ต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เปลี่ยนไปตามกาลเวลาและต้องเผชิญกับการสูญเสียคู่ชีวิต ครอบครัวและเพื่อน รวมทั้งการเกษียณ ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียรายได้และโอกาสการเข้าสังคม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการมีสัมพันธภาพกับบุตรหลาน ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นบ่อยๆ และบางครั้งการสูญเสียหลายๆอย่างเกิดขึ้นในเวลาพร้อมๆกัน เช่น ผู้ที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับเส้นเลือดแตกในสมอง ต้องเผชิญกับการสูญเสียหน้าที่การทำงานของสุขภาพร่างกาย การเคลื่อนไหว รูปลักษณ์ และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในเวลาพร้อมๆกัน การสูญเสียซึ่งเกิดขึ้นในเวลาในเวลาเดียวกันทำให้ความสามารถในการจัดการปัญหาของผู้สูงอายุลดลง ผู้สูงอายุจะต้องมีการเรียนรู้กิจกรรมใหม่ๆและสนใจที่จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับผู้สูงอายุบางคนมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างง่ายดาย แต่อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงชีวิตก็ทำให้เกิดความเครียดครั้งยิ่งใหญ่ ซึ่งปัญหาในการปรับตัวของผู้สูงอายุนี้ (Valfre, M.M. 2001: 189 – 195)

### 2.5.1 การปรับตัวด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องปกติของการสูงอายุ หลายคนเชื่อว่า ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติ กิจกรรมได้ แต่อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีกิจกรรมตลอดชีวิต การเดินออกกำลังกาย และการออกกำลังให้กล้ามเนื้อแข็งแรงจะสามารถป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องจากการสูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องมีการเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน จากการทำงานและความสามารถในการทำงานลดลง เช่น เปลี่ยนการรับประทาน แบบแผนการนอนหลับ ปรับความดังเสียงทีวีเพิ่มขึ้น ลดความจําของแสงไฟ เป็นต้น การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดปัญหามากมายและมีความเสี่ยงสูงต่อความผิดปกติของสุขภาพจิต อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภาวะทางจิตใจ

### 2.5.2 การปรับตัวด้านจิตสังคม

ปัจจุบันการสูงอายุได้กลายเป็นเรื่องที่เปิดเผย ความสุขของครอบครัวและเพื่อนได้ถูกวางแผนระยะยาว ปัญหาของผู้สูงอายุมีความเชื่อมโยงกับเงิน ความพอเพียงของอาหารและที่อยู่อาศัย หรือการดูแลสุขภาพ การสูญเสียความรัก ฐานะทางสังคมได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่เหมาะสม การดูแลผู้สูงอายุเป็นการเพิ่มเติมสำหรับการสูญเสียบุคคลในครอบครัว โดยการส่งเสริมด้านอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคม

### 2.5.3 การปรับตัวด้านเศรษฐกิจ

ทัศนะของผู้สูงอายุมีความกังวลในเรื่องเงินทองและความปลอดภัยด้านทรัพย์สินแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่หนุ่มสาว ด้วยวัยอายุ 80 ปี ซึ่งได้ผ่านประสบการณ์ความยากลำบาก และหล่อ

หลอมเป็นความทรงจำ จึงไม่แปลกที่ผู้สูงอายุบางคนมีพฤติกรรมที่ดูแปลก เช่น ชอบสะสมสิ่งที่คุณเหมือนไม่มีประโยชน์ ซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์การเรียนรู้ ทศนคติที่ผ่านมานั่นเอง จากการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ทำให้ค่าของเงินเปลี่ยนแปลงไปมาก ผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาได้เห็นราคาของขนมปังจาก 5 เซนต์ ขึ้นเป็น 2 ดอลลาร์ ดังนั้นผู้สูงอายุจำนวนมากจึงมีแผนการประหยัดหรือการลงทุนเพื่ออนาคต และต้องเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจที่ไม่มั่นคง ผู้ที่มีหน้าที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุและนี่คือ นักสังคมสงเคราะห์ อย่างไรก็ตามผู้ดูแลอื่นๆก็สามารถให้การช่วยเหลือได้ เพราะความกังวลเกี่ยวกับการเงิน สามารถนำไปสู่ปัญหาทางจิตใจ เช่น ความซึมเศร้า วิตกกังวล หรือหวาดระแวง เป็นต้น

#### 2.5.4 การปรับตัวด้านบ้านพักอาศัย

จากการรายงานของ U.S. Bureau of the Census (1998) พบว่า ผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาที่อายุมากกว่า 65 ปี ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวกับคู่สมรส มีประมาณหนึ่งในสามส่วนที่อาศัยคนเดียว และประมาณ 15% ที่อาศัยอยู่กับคนอื่น (Valfre, M. M. 2001: 192) ซึ่งสถิตินี้ยังไม่แน่นอน เพราะไม่สามารถนับจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีบ้านได้ เนื่องจากผู้ที่ไม่มีบ้านยากต่อการนับได้ จากปัญหามีบ้านมากเกินไปเป็นผลจากหนึ่งในคู่สมรสได้จากไป ทิ้งให้อีกคนหนึ่งเป็นผู้ดูแลทรัพย์สิน เพราะเพศหญิงมีแนวโน้มที่อายุยืนยาวกว่าเพศชาย ดังนั้นผู้หญิงต้องเผชิญกับปัญหาการดูแลบ้าน ดูแลรักษาในสิ่งที่ไม่รู้ และต้องอยู่เป็นหม้ายอีกหลายปี ในที่สุดจึงต้องเคลื่อนย้ายเพื่อหาที่อยู่ที่ปลอดภัย รับผิดชอบและมีการบำรุงรักษาน้อยลง ส่วนปัญหาที่อยู่อาศัยไม่เพียงพอ หรือไม่มีบ้านทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางจิตใจ มีความต้องการผู้ดูแลที่ไว้วางใจได้ เมื่อประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จึงได้มีการพัฒนาการจัดการปัญหาที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ สนับสนุนเรื่องที่อยู่อาศัย สนับสนุนการเงินเพื่อที่อยู่อาศัย สิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิต

#### 2.5.5 การปรับตัวต่อการสูญเสียและความตาย

คนทุกคนต้องมีทางเดินชีวิตกับผู้ร่วมงาน เพื่อน และบุคคลที่มีความสำคัญต่อชีวิต เมื่อเวลาผ่านไป ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องสูญเสียบุคคลที่มีความสำคัญในการสนับสนุนด้านอารมณ์ สุขภาพที่ดี เมื่อต้องสูญเสียคู่ชีวิตจึงต้องเผชิญปัญหาเพียงลำพัง ความซึมเศร้านักเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่ต้องสูญเสียคู่ชีวิต การสูญเสียในผู้สูงอายุมีหลายรูปแบบ เช่น สูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย ความอดทน ไหวพริบในการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นหนึ่งในปัญหาที่ยุงยากมากที่สุดในผู้สูงอายุ

#### 2.5.6 ปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมักประสบกับปัญหาความผิดปกติด้านจิตใจเช่นเดียวกับวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ เช่นเผชิญกับปัญหาที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง การถูกทำร้าย สูญเสียความจำ หลงลืม ปัญหาสุขภาพจิตสามารถเกิดได้ยากจากด้านร่างกาย และการแยกตัวจากสังคม ปัญหาความผิดปกติด้านจิตใจที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย ความซึมเศร้า การถูกทำร้าย และการหลงลืม

สรุปได้ว่าปัญหาของผู้สูงอายุมักจะเป็นปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม เศรษฐกิจ ที่พักอาศัย รวมทั้งการสูญเสียและการตาย ทำให้มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

### 3. เอกสารเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

#### 3.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

อรพรรณ ทองแดง (2541: 1) ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การเจ็บป่วยทางจิตชนิดหนึ่ง ซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง หดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบๆคนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมากจะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย

ฉวีวรรณ อุณาภิรักษ์ (2547: 26) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มอาการซึ่งมีอาการแสดงจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อารมณ์และสติปัญญา รวมทั้งความผิดปกติด้านอารมณ์จากสาเหตุต่างๆ แสดงโดยมีอาการเศร้า รู้สึกหมดหวัง ไม่มีค่า ขาดความสนใจหรือไม่มีความสุขในกิจกรรมเกือบทั้งหมดนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์

โสมสิริ รอดพิพัฒน์ (2547: 14 – 15) ได้รวบรวมความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ ดังนี้

วิวัฒน์ ยถาธานนท์; และคนอื่นๆ (2536) ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกเบื่อ หดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดอยากตาย

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนีดตัวเอง

เบค (Beck. 1969) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นรูปแบบของความรู้สึก โดยมีความคิด อึดมโนทัศน์ในทางลบต่อตนเอง ต่ำหนีดตนเอง มีความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ มีกิจกรรมทางกายลดลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีได้หลายระดับ อาจเริ่มตั้งแต่เกิดความวิตกกังวล และรุนแรงขึ้น จนกระทั่งทำให้คนๆ นั้นมีอาการเฉยเมย เชื้อยขาดต่อสิ่งแวดล้อม ตัดตัวเองออกจากสังคม และไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมา ได้สรุปเป็นความหมายของภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ว่า เป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ การคิดรู้ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออกที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ

### 3.2 ทฤษฎีภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยอิสระ หรือเป็นปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทางชีวภาพ และจิตสังคม ยังไม่มีทฤษฎีใดที่จะอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้สมบูรณ์ การได้เข้าใจสาเหตุของภาวะซึมเศร้าจะมีความสำคัญต่อรูปแบบของการดูแล ซึ่ง ลิววรรณ อุนนาภิรักษ์ (2547: 30 – 31) ได้กล่าวถึงทฤษฎีของภาวะซึมเศร้าไว้ดังต่อไปนี้

#### 3.2.1 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theories)

ทฤษฎีหนึ่งทางจิตวิทยาที่รู้จักกันแพร่หลาย คือ cognitive triad theory ของ Beck และคณะ สามารถอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่เกิดในบุคคลทั่วไปและผู้สูงอายุ ซึ่งเบค (Beck) และคณะ สรุปว่าคนทั่วไปจะรู้สึกซึมเศร้าในตัวเองในเรื่องเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตัวเอง ประสบการณ์ของตัวเอง รวมทั้งสิ่งที่จะเกิดในอนาคต ผู้ป่วยซึมเศร้าขาดสิ่งที่จะทำให้มีความสุข รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า มีประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาในด้านลบจึงนำไปสู่ความคิดในอนาคตที่เป็นด้านลบด้วย มีความคิดยึดมั่น แปลความเหตุการณ์ปกติว่าเลวร้าย และรู้สึกหมดหวังโดยไม่ตรงกับความเป็นจริง ความคิดด้านการมีเหตุผลผิดพลาด ผลสรุปของความคิดไม่ถูกต้อง

#### 3.2.2 ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial theories)

ทฤษฎีทางจิตสังคม กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าเป็นการตอบสนองต่อการสูญเสียสิ่งที่รัก หรือเป็นผลจากความล้มเหลวในการชดเชยต่อสิ่งที่สูญเสีย การที่ภาวะซึมเศร้าเกิดในผู้สูงอายุมาก เนื่องจากผู้สูงอายุมีเวลาและโอกาสน้อยที่จะหาสิ่งที่รักมาทดแทน ซึ่งสลิกแมน (Seligman) ได้เสนอทฤษฎี learned helplessness theory อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากความบกพร่องด้านสติปัญญา ขาดแรงจูงใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า และบกพร่องด้านอารมณ์ ภาวะซึมเศร้าจะเกิดเมื่อมีความคาดหวังว่าสิ่งเลวร้ายจะเกิดขึ้น เป็นการรับรู้ที่มาจากภายใน เรียนรู้ที่ไม่มีความสามารถจะป้องกันได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทฤษฎีนี้จึงสามารถอธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ประสบกับการสูญเสีย หรือต้องพึ่งพาได้ ผลการวิจัยดัชนีบ่งชี้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า การที่ผู้สูงอายุมีทางเลือก การมองโลกในแง่ดี การมีความหมายในตัวบุคคล ความสามารถในการช่วยตัวเองได้ เป็นปัจจัยที่ต่อต้านภาวะซึมเศร้า

#### 3.2.3 ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biological theories)

ได้มีการกล่าวถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทมานานกว่า 30 ปี แต่ยังไม่สรุปความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลไม่ได้ สารสื่อประสาทที่ลดลงในภาวะซึมเศร้า ได้แก่ serotonin, dopamine, acetylcholine, norepinephrine นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) เช่น ต่อมไทรอยด์ผิดปกติ ระดับ cortisol เพิ่มขึ้นในเลือด ความผิดปกติของการหลั่ง growth hormone ปัจจัยทางพันธุกรรมก็มี

ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเช่นเดียวกัน ผลการศึกษาในครอบครัวและคู่แฝดของผู้ป่วยผิดปกติทางอารมณ์ พบว่าเกิดความผิดปกติทางอารมณ์มากเป็น 4 เท่า เมื่อเทียบกับบุคคลทั่วไป ปัจจัยทางชีวภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เลือดไปหล่อเลี้ยงสมองลดลง ความผิดปกติของการเปลี่ยนแปลงในรอบวัน เช่น การนอนหลับ รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาทในสมองซึ่งคล้ายกับการเปลี่ยนแปลงตามความชรา

จากทฤษฎีของภาวะซึมเศร้า จึงสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจาก การที่บุคคลมีประสบการณ์ที่ผ่านมามีในด้านลบ จึงนำไปสู่ความคิดในอนาคตที่เป็นด้านลบด้วย ทำให้รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า และเป็นการตอบสนองต่อการสูญเสียสิ่งที่รัก หรือเป็นผลจากความล้มเหลวในการชดเชยสิ่งที่สูญเสีย นอกจากนี้ยังเกิดจาก ความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่ลดลง และความผิดปกติของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial theories ) ซึ่งกล่าวถึงว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นการตอบสนองต่อการสูญเสียสิ่งที่รัก หรือเป็นผลจากความล้มเหลวในการชดเชยสิ่งที่สูญเสีย และผู้สูงอายุมีเวลาและโอกาสน้อยในการที่จะหาสิ่งที่รักมาทดแทน จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้มาก

### 3.3 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

โรคอารมณ์ผิดปกติหรือซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายๆปัจจัยผสมผสานรวมกัน ซึ่งดวงใจ กสานติกุล (2542: 82 – 87) ได้รวบรวมสาเหตุของภาวะซึมเศร้าไว้ ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคมวัฒนธรรมที่บีบคั้นและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมเรียกว่า ปัจจัยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial factors) โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน ดังนี้

#### 3.3.1 ปัจจัยเสริม (predisposing factors)

3.3.1.1 พันธุกรรม ปัจจัยทางสังคมในช่วงต้นของชีวิต เช่น ขาดบิดามารดา ปัญหาครอบครัว บิดามารดาหย่าร้าง การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม (poor parenting)

3.3.1.2 บุคลิกภาพ (Depressive personality) ซ้ำกังวล ซอบคิดแง่ลบ ขาดความภูมิใจในตนเอง

#### 3.3.2 ปัจจัยเร่ง (precipitating factors) ได้แก่

3.3.2.1 ความพิการทางกาย (physical loss)

3.3.2.2 สภาพแวดล้อมหรือครอบครัวยากจน (poverty), ยุงเหยิง นางเหิน แดกแยกพี่น้องไม่ปรองดองกลมเกลียว

3.3.2.3 ปัจจัยทางสังคมในปัจจุบัน ไม่มีมนุษยสัมพันธ์ ขาดความผูกพัน (no intimacy)

3.3.2.4 ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม

3.3.2.5 มีปัญหาชีวิต (loss of love) พบกับความล้มเหลวผิดหวัง เช่น สอบตก ออกหัก ธุรกิจการค้าขาดทุน

3.3.2.6 หมดความภูมิใจในตนเอง (loss of self – esteem)

3.3.2.7 ถูกกลั่นแกล้งทางเพศ

3.3.3 ปัจจัยให้ป่วยต่อเนื่อง (perpetuating factors)

3.3.3.1 บุคลิกภาพ การปรับตัว

3.3.3.2 ปัจจัยทางสังคม ปัญหาชีวิต

3.3.3.3 แสดงอารมณ์รุนแรงในครอบครัว

3.3.3.4 ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันมากขึ้นว่าโรคอารมณ์ผิดปกติมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในร่างกาย โดยเฉพาะเมื่อตรวจพบการทำงานของระบบซีโรโทนินผิดปกติร่วมกับสารสื่อประสาทอื่นๆ เรียกได้ว่าเป็น “ยุคของสารเคมีในสมอง” (nuerochemical break) เลยทีเดียว หลังจากมีการค้นพบยาต้านเศร้าในช่วงปี 1950 ซึ่งก่อนหน้านั้นมีการรักษาเพียง 2 วิธีเท่านั้น คือ จิตวิเคราะห์ และรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy, ECT) สาเหตุของโรคอารมณ์ผิดปกติแบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

#### 1. สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic models)

นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่าอารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลายๆ อย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอาย และความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐาน(Primitive)ที่สุด ปรากฏให้เห็นแม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรม(Superego)ก่อร่างขึ้นแล้ว

อับราฮัม(Abraham) อธิบายว่าความเศร้าเกิดจากการหันเหความโกรธและความก้าวร้าวเข้าหาตัวเองเนื่องจากมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย คือ ทั้งรักและโกรธ (ambivalence) ต่อบุคคลสำคัญในชีวิต ผู้ที่เป็นที่รักและเป็นที่พักพิงทางอารมณ์ แต่ก็เป็นผู้ที่สร้างความผิดหวังและความคับแค้นใจให้ด้วย และภาวะครั่นครัง(ไฮโปเมเนีย) หรือคลุ้มคลั่ง(เมเนีย) เกิดจากการสูญเสียหรือไม่ได้รับความรักจากบิดามารดา ทำให้มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ครั้งเยาว์วัย(primal depression) โดยการปฏิเสธ(denial) หรือกลบเกลื่อนความเศร้าด้วยท่าทีรื่นเริงและครั่นครังของภาวะไฮโปเมเนียหรือเมเนีย

ฟรอยด์(Freud) อธิบายว่าความเศร้าเกิดจากการสูญเสียหรือจากพรากจากผู้เป็นที่รัก โดยใช้กลไกทางจิตชนิดเก็บไว้ในตนเอง(Introjection) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยซึมเศร้าด้วยการ ซึมซับ(incro-operate) เหาภาพของบุคคลผู้เป็นที่รัก(แต่สร้างความคิดคับแค้นใจ)รวมเข้ากับ ego ของตนเอง เมื่อเกิดการสูญเสียผิดหวังหรือจากพราก ความโกรธก้าวร้าวที่เกิดจากความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายจะสร้างความปั่นป่วนในจิตใจ ทำให้รู้สึกผิด หมดความภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกซึมเศร้า นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนอาจใช้กลไกทางจิตชนิดพฤติกรรมถอยกลับ(regression) ไปเป็นระยะปาก (oral) หรือระยะทวาร(anal) มีท่าทีแบบเด็กๆ เช่น งอแง เอาแต่ใจตนเอง กลัว ไม่กล้าอยู่คนเดียว หรือ ย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น และภาวะโรคจิตวิกลจริต(psychosis) ที่อาจพบในโรคอารมณ์ผิดปกติ ก็เป็น พฤติกรรมถอยกลับไปยังระดับหลงตัวเองหรือรักตัวเอง(narcissism) ในระยะปากของการพัฒนาทาง จิตเพศ(psychosexual development)

### ทฤษฎี Ego Psychology

จาคอบสัน(Jacobson) อธิบายว่าภาวะเศร้า เกิดจากการขาดความรักความอบอุ่น ในวัยทารก (infantile deprivation) และมีความคับแค้นใจ (frustration) ทำให้มีการหยุดชะงักของ การพัฒนา ego และ superego บุคคลนั้นจึงไม่สามารถปรับตัวกับโลกแห่งความเป็นจริงด้วยวิธีการ (กลไกทางจิต การปรับสภาพ และการควบคุมตนเอง)ที่เหมาะสม ส่งผลให้หมดความภาคภูมิใจใน ตัวเองและรู้สึกไร้ค่าซึ่งเป็นลักษณะของภาวะซึมเศร้า

ไบบริง(Bibring) อธิบายว่าภาวะเศร้าเกิดจากความขัดแย้งของ Ego เองที่ไม่สามารถ บรรลุถึงอุดมคติแห่งตน(ego ideal) คือต้องการเป็นที่รัก(loved) เด่น(superior) เป็นคนดีที่น่ารัก(good loving) มิใช่ความขัดแย้งระหว่าง egoกับsuperego หรือ ego กับบุคคลอื่น ภาวะวิตกกังวลและภาวะ เศร้าเป็นปฏิกิริยาของ ego ขึ้นพื้นฐาน แต่เป็นคนละทิศทาง โดยภาวะวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาต่อภัย อันตรายทั้งภายนอกและภายใน มีการใช้กลไกทางจิตในแบบสู้(fight) หรือหนี(flight) แต่ในภาวะ ซึมเศร้า ego จะดูเหมือนสยบนิ่ง(paralyzed) ทำให้รู้สึกท้ออาลัยและหมดความภาคภูมิใจ

### ทฤษฎีอื่นๆ ได้แก่

โบลบี(Bowlby) เน้นเรื่องความผูกพัน (attachment) ระหว่างทารกกับผู้เลี้ยง (love object) โดยเชื่อว่าความเศร้าเกิดจากการขาดความรัก ไม่ได้รับความรัก หรือจากการสูญเสียหรือ จากพราก ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet dependency need) ทำให้เกิดความล้มเหลว ในการพัฒนาทางจิตใจ

อะดอล์ฟไมเยอร์(Adolf Myer) ไม่ได้ให้ความสำคัญของปมขัดแย้งในจิตใจ แต่อธิบายว่าโรค ซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนอง (reaction) ต่อสภาพชีวิตที่คับแค้น เช่น การสูญเสียคนรัก การเจ็บป่วย ปัญหาการเงิน หรือปัญหาการเงิน เป็นต้น

ซัลลิแวน(Sullivan) เชื่อว่าปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) หรือสภาพสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคทางจิตต่างๆ รวมทั้งโรคซึมเศร้า

โคฮูท(Kohut) อธิบายว่า การเลี้ยงดูเอาใจใส่อย่างพอเหมาะ (proper maternal care) จะช่วยให้ความหลงรักตนเองของทารก (primary narcissism) พัฒนาไปตามปกติ การขาดความรักความอบอุ่นในช่วงวัยเยาว์จะส่งผลให้ความเป็นตัวตน(sense of self) แตกสลายจึงหมดความภาคภูมิใจ และรู้สึกซึมเศร้า

## 2. สาเหตุจากมีความคิดแง่ลบ (Negative Cognition)

อารอน เบค(Aron Beck) อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่าเกิดจากการมีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่า คนเราคิดอย่างไรก็รู้สึกอย่างนั้น คือ มองตนเอง มองสังคม และมองอนาคตในแง่ลบ (cognitive triad) ดังนั้นมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจหรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง มองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกกดดันบีบบังคับ และถูกคาดหวังเรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว และหนทางตัน หมดทางแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาน

3. สาเหตุทางพฤติกรรม (Behavioral models) มีแนวคิด 2 แบบ คือ โรคซึมเศร้าเกิดจากภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย(learned helplessness) หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า ภาวะหมดกำลังใจ(no positive reinforcement) เนื่องจากไม่เคยได้รับคำชมเชย รางวัล หรือสนับสนุน หรือประสบความสำเร็จใดๆเลย จึงขาดแรงจูงใจและขาดความมั่นใจ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้ความสุข

## 4. สาเหตุทางชีวภาพ (Biological models) โดยมีอิทธิพลของพันธุกรรมมาเกี่ยวข้อง ได้แก่

4.1 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) เช่น สารเอมีน(biogenic amine) หรือจุดรับประสาท(receptors) ที่เชื่อมต่อปลายประสาท(synapses) และตัวส่งข่าวที่สอง(second messengers) ของเซลล์สมองบริเวณลิมบิก(Limbic)

4.2 ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) โดยเห็นจากผู้ป่วยโรคคุชชิงหรือผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษ จะมีความผิดปกติของอารมณ์ด้วยได้บ่อยๆ

4.3 ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (neurophysiology) โดยเกี่ยวข้องกับชีวภาพ เช่น คลื่นสมองขณะหลับ การตื่นตัวของสมอง หรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลายไฮเดียมและโพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาท การมีแคลเซียมในเซลล์ปริมาณสูง ทำให้เป็นพิษต่อเซลล์ (cytotoxic) อาจเกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์ผิดปกติโดยเฉพาะไบโพลาร์ เป็นต้น

สรุปสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เกิดจากปัญหาทางจิตใจ ซึ่งมีหลายทฤษฎีได้กล่าวถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันไป เช่น เกิดจากความขัดแย้งของ Ego ทำให้เกิดความคับข้องใจ , ปฏิกริยาตอบสนองต่อสภาพชีวิตที่คับแคบ, การสูญเสียหรือพรากจากผู้เป็นที่รัก, การขาดความรัก ความอบอุ่นในวัยทารก นอกจากนี้ยังมีสาเหตุจาก การมีความคิดในแง่ลบ ทำให้มองโลกในแง่ร้าย มองว่าตนเองไร้คุณค่า ไร้ความภาคภูมิใจ ท้อแท้ หมดกำลังใจ และสาเหตุทางชีวภาพ ซึ่งมีความผิดปกติของระบบประสาทและสารสื่อประสาท ระบบฮอร์โมนและต่อมไร้ท่อ

### 3.4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า

สมภพ เรืองตระกูล (2543 : 16 – 17) กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลให้เป็นโรคซึมเศร้าได้ง่ายในผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

3.4.1 มีความอ่อนแอเนื่องจากร่างกายอ่อนสมรรถภาพหลายๆอย่าง ดังต่อไปนี้

3.4.1.1 หลอดเลือดแข็ง ทำให้เลือดไปสู่สมองน้อยลง มีอาการหลงลืมง่าย การรู้การเข้าใจจะไม่ได้เหมือนเดิม

3.4.1.2 หัวใจและปอดทำงานน้อยลง ทำให้เกิดอาการเหนื่อยง่าย

3.4.1.3 ความไวต่อการรับรู้ลดลง เช่น ตามัว หูตึง และการรับรู้ไม่ดี

3.4.1.4 มีอาการของระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องแน่น อืดเฟ้อ อาหารไม่ย่อยและท้องผูก

3.4.1.5 กระดูกผุและบาง กล้ามเนื้อลีบเล็ก ผิวหนังบางและเหี่ยว

3.4.1.6 สมรรถภาพของไตลดลง ทำให้ความสามารถในการกรองสารพิษลดลง

3.4.2 มีเรื่องกระทบกระเทือนใจหลายอย่าง เช่น มีการสูญเสียชีวิตหรือการพลัดพรากจากกันของคู่ครอง บุตร พี่น้องและญาติสนิท รวมทั้งการต้องออกจากงานเนื่องจากเกษียณอายุ

3.4.3 มักมีความรู้สึกวิตกกังวล เนื่องจากมีปัญหาหลายๆอย่าง เช่น ไม่มีคนคอยดูแล มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การเกษียณอายุและต้องอยู่บ้านเฉยๆ ไม่มีงานทำ

3.4.4 มีโรคทางกายหลายๆอย่าง เช่น ปวดหลัง ปวดตามข้อ กระดูกผุโดยเฉพาะในผู้หญิง ทำให้กระดูกหักง่าย ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ

ปัจจัยต่างๆดังกล่าวส่งผลต่อจิตใจอย่างมาก ที่สำคัญคือความรู้สึกมีคุณค่าในตนลดน้อยลง ทำให้เป็นโรคซึมเศร้าได้ง่าย

### 3.5 อาการของภาวะซึมเศร้า

ลักษณะเฉพาะที่สำคัญของภาวะซึมเศร้า (Major depression) ตามเกณฑ์ของ DSM – IV คือ อารมณ์ซึมเศร้า หรือสูญเสียความสนใจ หรือความสุขสบายในทุกสิ่งหรือเกือบทุกสิ่ง กิจกรรมต่างๆ ภาวะซึมเศร้าจำแนกโดยอาการต่างๆซึ่งมีผลต่อกิจกรรมที่ทำปกติ เช่น การกิน การนอน การ

ทำงาน และความสุขสบายในชีวิต การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าต้องมี 5 อาการขึ้นไป ซึ่งต้องเป็นอาการทางจิตใจมากกว่าอาการทางกาย ยกเว้นอาการป่วยทางกาย หรือจากการใช้ยา หรือแอลกอฮอล์ ซึ่งอาการเหล่านั้นจะต้องคงอยู่เกือบทั้งวัน เกือบทุกวัน อย่างน้อย 2 สัปดาห์ และต้องเกิดพร้อมกันเป็นกลุ่มอาการ โดยทั่วไปภาวะซึมเศร้าทำให้บุคคลรู้สึกหมดค่า ไม่มีความสามารถ หมดหวัง และเหนื่อยล้า (Lemme, B.H. 1995 : 416) ซึ่งบลลาเซอร์ (Blazer) ได้กล่าวถึงอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ในด้านต่างๆ ดังนี้ (Ebersole, P., & Hess, P., 1994 : 549 – 555 citing Blazer D., 1982)

### 3.5.1 ด้านอารมณ์ (Mood)

บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการ หดหู่ หรือเศร้าใจ ความพึงพอใจในชีวิตลดลง สูญเสียความสนใจ ร้องไห้ง่าย ไวต่ออาการกระตุ้น โกรธง่าย รู้สึกว่างเปล่า มีความกลัวและวิตกกังวล มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ ช่วยตัวเองได้น้อย หมดหวัง รู้สึกไม่มีประโยชน์และขาดแรงจูงใจ

### 3.5.2 ด้านระบบการคิด

มีความนับถือตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนีดตัวเอง ครุ่นคิดกับปัญหา คิดฆ่าตัวตาย เห็นภาพลวงตา ภาพหลอน หูแว่ว ขาดความเชื่อมั่น ขาดสมาธิ ความจำเสื่อม

### 3.5.3 ด้านร่างกาย

มีการสูญเสียการรับรู้รส น้ำหนักลด ท้องอืด อ่อนเพลีย มีปัญหาเกี่ยวกับการหลับ ท้องผูก สูญเสียความรู้สึกทางเพศ เจ็บปวดตามร่างกาย กระวนกระวาย

### 3.5.4 ลักษณะท่าทาง

บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีลักษณะท่าทางที่สังเกตได้คือ เดินตัวงอ ใบหน้าเศร้าซึม และมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงดังนี้

### 3.5.5 ด้านสังคม

ไม่ให้ความร่วมมือ แยกตัวจากสังคมต่อต้าน ไม่เป็นมิตร หวาดระแวง สับสน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ร้องไห้ หงุดหงิด

### 3.5.6 ด้านสรีรวิทยา

เป็นผลที่ผิวหนังบางแห่งจากการกัดแทะ เป็นผลที่กระจกตาจากการกระพริบตาลดลง

3.5.7 การลดลงของการเคลื่อนไหวจากปฏิกิริยาของ กระบวนการทางจิต (Psychomotor Retardation)

บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีพฤติกรรมที่แสดงออกดังนี้ คือ พูดช้า เคลื่อนไหวช้า แสดงออกท่าทางน้อยลง เดินลากขา งุ่มง่าม ซึม ไม่ค่อยรู้สึกตัว (ในรายที่มีอาการรุนแรง) การชะงัก

ของการเคี้ยว การกลืน (ในรายที่มีอาการรุนแรง) กระพริบตาลดลง หรือไม่กระพริบตา (ในรายที่มีอาการรุนแรง)

3.5.8 พฤติกรรมถดถอยการเคลื่อนไหวแบบกระวนกระวายปั่นป่วนจากปฏิกิริยาของกระบวนความคิด (Psychomotor Agitation)

บุคคลมีกิจกรรมเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือปิด กัดแทะผิวหนังทำให้เกิดแผล นอนไม่หลับ กระวนกระวาย

3.5.9 พฤติกรรมที่ผิดปกติหรือไม่เหมาะสม เช่น ฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย ต่อต้าน เช่น ปฏิเสธการกินหรือดื่ม และตัวแข็งทื่อ อาลະวาด ก้าวร้าว พฤติกรรม

สรุปอาการของภาวะซึมเศร้า มีการแสดงออกทั้งด้านอารมณ์ ระบบการคิด ด้านร่างกายและลักษณะท่าทาง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่แสดงออกผิดปกติ

### 3.6 ระดับของภาวะซึมเศร้า

โสมสิทธิ์ รอดพิพัฒน์ (2547: 19 – 20) แบ่งภาวะซึมเศร้าตามความรุนแรงได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส อารมณ์เศร้า เหงาหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปก็รู้สึกได้ในบางครั้ง โดยอาจมีสาเหตุเพียงพอหรือบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในทางลบ เริ่มมีความรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตนเอง ความตั้งใจในการทำงานต่างๆเริ่มลดลง มีความต้องการความช่วยเหลือ คำแนะนำ การเอาใจใส่ปลอบโยน การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น หลับยากกว่าปกติ หรือตื่นเช้ากว่าปกติ เป็นต้น

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้จะรุนแรงขึ้นจนถึงขั้นมีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว และการงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก มักมีอาการเศร้ามากขึ้นในช่วงเช้า และจะดีขึ้นในตอนกลางวัน รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งแวดล้อม อ่อนเพลีย รู้สึกว่ามีพลังกำลังน้อยลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ มักตำหนิตัวเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายและสุขภาพตนเองปรากฏมากขึ้น รู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงไป มีความต้องการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์แวดล้อมและสังคม จะทิ้งสังคมทีละน้อย อาจมีความคิดเกี่ยวกับการตาย การนอนหลับผิดปกติ ความอยากรับประทานอาหารลดลงจนกระทั่งไม่อยากจะรับประทานอาหารและน้ำ น้ำหนักลด ความต้องการทางเพศลดลง

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) จะมีอารมณ์ซึมเศร้าตลอดเวลา มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองด้านไม่ดี ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจ

สิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความต้องการหลีกเลี่ยง หลบซ่อน ไม่มีการเข้าร่วมสังคมใดๆเลย ลักษณะอารมณ์เหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง มองอนาคตมืดมนและสิ้นหวัง หมดความสนใจสิ่งต่างๆ การตัดสินใจเสียแม้แต่เรื่องง่ายๆ ในชีวิตประจำวันแทบจะไม่มี การเคลื่อนไหวมักจะนั่งอยู่เฉยๆกับที่ตลอดเวลา อยู่ในท่าเดียวนานๆ หรืออาจอยู่ไม่นั่ง ผุดลุกผุดนั่ง ไม่สนใจต่อตนเอง ดูแลตนเองไม่ได้ นอนหลับไม่สนิท หรือนอนไม่หลับ มักรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา หมดความสนใจในเรื่องเพศ ผู้ที่อยู่ในระยะนี้อาจจะถอนตัวออกห่างออกจากโลกของความเป็นจริง มีความหลงผิด (Delusion) และมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้

สรุปอาการของภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของโรค

### 3.7 การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า

ธวัชชัย ลิฬหานาจ (2545: 346 – 347) กล่าวถึงสิ่งสำคัญในการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

#### 3.7.1 สิ่งที่ต้องพิจารณาในการรักษา

3.7.1.1 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าเนื่องจากภาวะซึมเศร้ามีหลายสาเหตุ การรักษาที่สาเหตุเริ่มต้นร่วมด้วย จะทำให้ได้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาเฉพาะภาวะซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ซึ่งเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ หากโรคดังกล่าวได้รับการรักษาแล้วดีขึ้น การรักษาภาวะซึมเศร้าก็จะรักษาได้ง่าย หรือผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำ หากสามารถลดหรือหยุดการดื่มสุราก็จะส่งผลให้การรักษาภาวะซึมเศร้าได้ผลดีขึ้น

#### 3.7.1.2 ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

อาการซึมเศร้ามีความรุนแรงหลายระดับ ตั้งแต่รุนแรงน้อย คือ มีอาการเพียงไม่กี่อาการเท่านั้นไปจนถึงขั้นรุนแรงมาก ในรายที่อาการมีความรุนแรงน้อย อาจใช้เพียงการพูดคุยหรือแนะนำการปฏิบัติตัว ในรายที่มีอาการมาก มักต้องให้ยารับประทานร่วมด้วย

#### 3.7.1.3 การกลับเป็นซ้ำ

ภาวะซึมเศร้าสามารถกลับเป็นซ้ำได้ แม้จะได้รับการรักษาจนหายเป็นปกติแล้วก็ตาม ในรายที่กลับเป็นซ้ำจะต้องทานยารักษาต่อเนื่อง 2 – 5 ปีหรืออาจต้องทานยาตลอดชีวิตก็ได้

#### 3.7.2 วิธีการรักษา

##### 3.7.2.1 จิตบำบัดรายบุคคล

เป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุด ในรายที่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง จิตบำบัดวิธีนี้จะพยายามช่วยผู้ป่วยให้เห็น และเข้าใจว่าอาการไม่สบายทางจิตใจ เกิดจากการมีบุคลิกภาพที่ไม่

เหมาะสม ส่งผลให้เกิดปัญหาในการปรับตัว ช่วยให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงความขัดแย้งที่มีอยู่ในใจ และจัดการแก้ไขได้อย่างเหมาะสม

### 3.7.2.2 พฤติกรรมบำบัด

โดยอาศัยหลักว่า อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียแรงเสริมในทางบวก พฤติกรรมบำบัดมีหลายวิธี แต่ละวิธีจะเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลแตกต่างกัน แต่ทุกวิธีมีเป้าหมายเหมือนกัน คือ ทำให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมเพิ่มขึ้น มีความรื่นรมย์ และรู้จักผ่อนคลายมากขึ้น พฤติกรรมบำบัดยังช่วยแก้ไขความรู้สึกสิ้นหนทางที่เคยประสบมาก่อน และความรู้สึกนั้นยังติดตัวมา เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมองเหตุการณ์ทั้งหลายที่ต้องรับมือว่าคงสิ้นหนทางรับมือเหมือนในอดีตอีกแล้ว

### 3.7.2.3 ครอบครับบำบัด

จะช่วยให้ผู้ป่วย และญาติได้เข้าใจอาการไม่สบาย และจัดการกับอาการต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง และยังช่วยแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวที่เป็นสาเหตุหรือมีส่วนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

### 3.7.2.4 การบำบัดโดยการปรับความคิด

วิธีนี้จะสอนผู้ป่วยให้รู้จักหาวิธีคิด และวิธีปฏิบัติใหม่ๆ ไปแทนที่ความคิดหรือทัศนคติเก่าๆ ซึ่งมีลักษณะไปในทางลบ และไปในทางที่ผิดทั้งต่อตนเอง ต่อโลกภายนอก และต่ออนาคต เช่น การมองในอีกมุมมองหนึ่ง การมองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่เป็นเรื่องปกติหรือช่วยให้เราได้พัฒนาฝึกฝน

### 3.7.2.5 การรักษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

จิตบำบัดวิธีนี้จะเน้นที่ปัญหาที่เกิดระหว่างบุคคล โดยช่วยผู้ป่วยสำรวจ และแก้ไขเรื่องต่างๆ ระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่น สำรวจ และแก้ไขวิธีการรับมือกับความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

### 3.7.2.6 เภสัชบำบัด (การรับประทานยา)

โดยทั่วไปแล้วการรักษาภาวะซึมเศร้าไม่จำเป็นต้องใช้ยา การบำบัดด้วยวิธีดังกล่าวข้างต้นก็สามารถทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยลักษณะต่อไปนี้ควรให้การรักษาด้วยยาร่วมด้วย

- ให้การรักษาด้วยวิธีที่ไม่ใช้ยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น
- ความรุนแรงของโรคระดับรุนแรงหรือระดับปานกลาง
- มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว

แพทย์ผู้รักษาจะเป็นผู้พิจารณาในการจ่ายยารักษาภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยไม่ควรที่จะซื้อยารับประทานเอง และควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษอย่างต่อเนื่องเพื่อให้หายจากอาการป่วย

สรุปการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าต้องคำนึงถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงของโรค และการกลับเป็นซ้ำ ส่วนวิธีการรักษามีหลายวิธีคือ การทำจิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด ครอบครัวบำบัด การปรับความคิดและเกสรบำบัด ซึ่งการเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

### 3.8 การประเมินภาวะซึมเศร้า

3.8.1 การประเมินโดยใช้เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า มีแบบวัดภาวะซึมเศร้า ที่พัฒนาโดยนักสุขภาพจิตในประเทศสหรัฐอเมริกาหลายแบบวัดด้วยกัน แบบวัดที่มีชื่อเสียงและใช้กันมากคือ Hamilton Scale for Depression , The Zung Self – Rating Depression Scale หรือ ZSRDS , Beck Depression Inventory หรือ BID และ Center for Epidemiological Studies Depression Checklist หรือ CESD แต่เนื่องจากปัจจัยด้านวัฒนธรรมเป็นตัวแปรสำคัญต่อภาวะซึมเศร้า และแบบวัดดังกล่าวต่างพัฒนาขึ้นบนฐานของวัฒนธรรมตะวันตก เมื่อนำแบบวัดนั้นๆมาใช้กับคนต่างวัฒนธรรมก็ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร กล่าวคือ มักจะพบปัญหาเรื่องความเชื่อถือได้และแม่นยำ นอกจากนี้แบบวัดทั้งหมดที่มีอยู่นั้นใช้กับทุกเพศ และเมื่อใช้แล้วมักได้ผลว่ามีความแตกต่างระหว่างเพศ อย่างไรก็ตามแบบวัดภาวะซึมเศร้าก็ยังเป็นเครื่องมือประเมินที่สำคัญที่พยาบาลจิตเวชต้องเรียนรู้

สำหรับในประเทศไทยมีการพัฒนาเครื่องมือ และแบบวัดหลายแบบวัด สำหรับวัดภาวะซึมเศร้าโดยตรง และแบบวัดสุขภาพจิตที่มีส่วนของการประเมินภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย โดยแบบวัดทั้งหมดใช้ต้นแบบจากประเทศทางตะวันตกมาดัดแปลงใหม่ให้เหมาะสมกับคนไทย ตัวอย่างแบบวัดดังกล่าว มีดังนี้ (ศิริพร จิรวัดนกุล. 2546: 40 – 43)

#### 3.8.1.1 Thai Depression Inventory

เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 ประเมินโดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามสำรวจตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้คะแนนแต่ละข้อ โดยค่าคะแนนมีความหมาย ดังนี้

- 0 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นๆเลย
- 1 หมายถึง มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นๆเป็นบางครั้ง โดยน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง
- 2 หมายถึง มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นๆค่อนข้างบ่อย คือ 2 – 3 วัน/สัปดาห์
- 3 หมายถึง มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นๆบ่อยเกือบทุกวัน

ผู้ถูกประเมินจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามนี้เอง ค่าคะแนนรวมที่ได้จากคำตอบ จะถูกแปลความหมาย ดังนี้

คะแนน 21 – 25 แสดงว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน

คะแนน 26 – 34 แสดงว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

คะแนนสูงกว่า 35 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ผู้ที่ประเมินแล้วได้คะแนนสูงกว่า 30 คะแนน จะได้รับคำแนะนำให้พบแพทย์หรือจิตแพทย์เพื่อการรักษา

### 3.8.1.2 Thai Hospital Anxiety and Depression Scale หรือ Thai HADS

เป็นแบบคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าในคนทั่วไปและในผู้ป่วยจิตเวช เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ถูกประเมินตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถามรวม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือ ข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการซึมเศร้า 7 ข้อ คือ ข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดยการประเมินให้ผู้ตอบแบบสำรวจความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ แล้วให้คะแนนแต่ละข้อตามความหมายดังนี้

0 หมายถึง ไม่เป็นเลย

1 หมายถึง เป็นบางครั้ง

2 หมายถึง บ่อยครั้ง

3 หมายถึง เป็นส่วนใหญ่

การคิดคะแนนแยกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนอาการวิตกกังวล และส่วนอาการซึมเศร้า โดยมีพิสัยคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0 ถึง 21 คะแนน คะแนน 0 – 7 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช คะแนน 8 – 10 แสดงว่ามีความวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่มีความผิดปกติชัดเจน และคะแนน 11 – 21 แสดงว่ามีอาการวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้าที่ถือว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช แบบวัดนี้ได้ถูกนำไปทดสอบประสิทธิภาพกับผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าค่าความแม่นยำ และความน่าเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี

### 3.8.1.3 The Thai Mental Health Questionnaire

เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป โดยเน้นอาการเจ็บป่วยทางกายเนื่องจากภาวะทางจิต ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล โรคจิต และความสามารถทางสังคม โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามสำรวจความรู้สึก และพฤติกรรมของของตนเองในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วตอบแบบสอบถามซึ่งมีทั้งหมด 70 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 5 ทั้งนี้ค่าคะแนนดังกล่าวมีความหมาย ดังนี้

0 หมายถึง ไม่เคยมี หรือไม่เคยรู้สึกเลยในตลอดช่วงระยะเวลา 1 เดือน

1 หมายถึง เคยมี หรือรู้สึกประมาณครึ่งหรือสองครั้งในช่วง 1 เดือน

2 หมายถึง มี หรือเคยรู้สึกพอประมาณ คือ ประมาณสัปดาห์ละครั้ง

3 หมายถึง เคยมี หรือเคยรู้สึกหลายๆครั้งใน 1 สัปดาห์

4 หมายถึง เคยมี หรือเคยรู้สึกบ่อยมาก คือ เกือบทุกวัน

ในส่วนของคุณค่าคะแนนที่ประเมินภาวะซึมเศร้าซึ่งมี 20 ข้อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 80 คะแนนรวมที่ได้จะถูกหารด้วย 20 จะได้ค่าคะแนนที่ใช้ตัดสิน เป็นระดับ 0 – 5 คือ 0 แสดงว่าไม่มีปัญหา คะแนน 1 มีปัญหาเล็กน้อย คะแนน 2 มีปัญหาปานกลาง คะแนน 3 แปลว่ามีปัญหามาก และคะแนน 4 แสดงว่ามีปัญหาในระดับรุนแรง แบบวัดนี้เมื่อทดสอบแล้วพบว่ามีความจำแนกแหว่งคนปกติและคนที่มีความผิดปกติทางจิตเวชได้ดี

#### 3.8.1.4 The Thai General Health Questionnaire หรือ GHQ

เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตซึ่งมีหลายฉบับ ฉบับเต็ม(Thai GHQ – 60) มีข้อคำถาม 60 ข้อ ฉบับย่อมี 3 ฉบับ คือ Thai GHQ – 30, Thai GHQ – 28 และ Thai GHQ – 12 โดยตัวเลขที่ต่อท้ายคือ จำนวนข้อคำถาม ทุกฉบับมีข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และทุกฉบับมีค่าความเชื่อถือได้ และความแม่นยำตรงอยู่ในเกณฑ์ดี แต่แบบวัดนี้ใช้ได้กับคนทั่วไปโดยสามารถบอกได้ว่าคนที่ตอบแบบสอบถามนี้ น่าจะมีความผิดปกติทางจิตเวชหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกได้ว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชชนิดใด นั่นคือในกรณีที่ประเมินภาวะซึมเศร้านั้นจะใช้แบบคัดกรองนี้เพียงอย่างเดียวไม่ได้ ต้องใช้แบบประเมินภาวะซึมเศราร่วมด้วย

GHQ นี้จะให้ผู้ตอบสำรวจสุขภาพโดยทั่วไปของตนเองในระยะ 2 – 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบ GHQ นี้เมื่อนำไปทดสอบพบว่ามีความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) และสัมประสิทธิ์ความแม่นยำอื่นๆในระดับสูง เหมาะสำหรับใช้เป็นแบบคัดกรองความผิดปกติทางจิตเวชทั้งในชุมชนและในสถานบริการ อย่างไรก็ตามจากผลการทดสอบได้ข้อสังเกตว่า ค่าความไวของ Thai GHQ ในผู้ชายต่ำกว่าผู้หญิงค่อนข้างชัดเจน ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ชายมักประเมินว่าตนเองเป็นปกติมากกว่าผู้หญิงทำให้ได้ค่าผลลบปลอม (false negative) สูงกว่าผู้หญิง

#### 3.8.1.5 Thai Geriatric Depression Scale หรือ TGDS (แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. ออนไลน์)กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย ได้รวมกลุ่มบรรดาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยาทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วทั้งประเทศไทย มาประชุมร่วมกันเพื่อพัฒนาสร้างแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยขึ้นมา โดยให้ผู้สูงอายุตอบคำถามในกระดาษคำตอบด้วยตนเอง และใช้ชื่อภาษาอังกฤษว่า Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS แบบวัดนี้มีคะแนนรวมระหว่าง 0 – 30 คะแนน โดยคำถามจะมี 30 ข้อ เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบด้วยตนเองในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยนี้ทางกลุ่มคณะผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60- 70 ปี จำนวน 275 ราย ทั่วประเทศ จำแนกเป็นเพศชาย 121 ราย เพศหญิง 154 ราย ซึ่งผลของการรวบรวมและการวิเคราะห์พบว่า เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทดสอบแบบวัดความซึมเศรานั้นคือ 10.09 นาที ( ค่าช่วงเวลาอยู่ระหว่าง 5 – 15 นาที) จากนั้นได้นำไปหาค่าความ

เชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสูตร K- R 20 พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุเพศหญิงเท่ากับ 0.94 และผู้สูงอายุเพศชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.93 จึงสรุปได้ว่า แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยฉบับนี้ (TGDS) มีความเชื่อมั่น และเชื่อถือได้ และเป็นแบบวัดที่มีความสะดวกและเข้าใจง่ายใช้เวลาในการทดสอบสั้น มีความเที่ยงตรงสูง และเหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของคนไทยเป็นอย่างดี (นิพนธ์ พวงวรินทร์ ;และคนอื่นๆ. 2537)

จากตัวอย่างแบบวัดดังกล่าวมีข้อสังเกตว่าการกำหนดข้อคำถามและค่าคะแนนต่างๆไม่ได้เอาความแตกต่างระหว่างหญิงชายไปใช้ในการตีค่าคะแนนด้วย ดังนั้นเมื่อได้ค่าคะแนนมาเท่าใด ความหมายของอาการซึมเศร้าก็ถูกตีค่าเท่ากันทั้งผู้หญิงผู้ชาย ทั้งที่ในความเป็นจริงทางสังคมมีความเป็นไปได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงในระดับเดียวกัน ผู้ชาย ผู้หญิง จะมีพฤติกรรมการแสดงออกที่แตกต่างกัน นั่นคือ แม้ว่าคะแนนจากแบบวัดจะออกมาเท่ากัน มิได้หมายความว่าภาวะความซึมเศร้าจะรุนแรงเท่ากัน

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale หรือ TGDS) ฉบับที่สร้างขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย ซึ่งผ่านการวิเคราะห์คุณลักษณะ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือแล้ว เป็นแบบวัดที่เข้าใจง่าย สะดวกในการนำไปใช้ ประหยัดเวลา มีความเที่ยงตรงสูง และเหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของคนไทย

### 3.8.2 การประเมินสภาพทางจิต

ในการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการประเมินสภาพทางจิต (Mental status examination) นั้น ทำได้โดยการสังเกตร่วมกับการสนทนากับบุคคลที่ถูกประเมิน ซึ่งผู้ประเมินจะต้องมีความเข้าใจวัฒนธรรมของผู้ถูกประเมินเป็นอย่างดี จึงจะตีความพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และคำพูดต่างๆได้อย่างถูกต้อง สภาพทางจิตของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะประเมินได้จากลักษณะต่างๆดังนี้ (ศิริพร จิรวัดมนกุล. 2546: 43 – 45)

#### 3.8.2.1 พฤติกรรมทั่วไป

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า คิดช้า สีหน้าเศร้า คอตก หลังมักจะค่อม ไม่สบตาคู่สนทนา

#### 3.8.2.2 อารมณ์และสีหน้า

ส่วนใหญ่สีหน้าเศร้าหมอง แต่บางคนไม่แสดงออกทางสีหน้า และปฏิเสธว่าไม่รู้สึกรำไร แต่จะแสดงอารมณ์เศร้าโดยการแยกตัวเองจากสังคม กิจกรรมต่างๆลดลง

#### 3.8.2.3 ความผิดปกติทางการรับรู้สัมผัส

ผู้มีอารมณ์เศร้าทั่วไปมักไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้สัมผัส แต่บางคนอาจมีอาการประสาทหลอน (hallucination) และหลงผิด (delusion) ได้ ซึ่งก็มักจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับตนเองผิด บาบ

ไม่มีค่า ล้มเหลว ถูกกลั่นแกล้ง ซึ่งการแสดงออกของการรับรู้สัมผัสนี้จะเกี่ยวข้องกับความเชื่อ และ วัฒนธรรมของบุคคลนั้นๆเป็นอย่างมาก

#### 3.8.2.4 เนื้อหาและกระบวนการคิด

เนื้อหาความคิดของผู้มีภาวะซึมเศร้าจะมองโลก มองตนเองไปในทางลบ หมกมุ่นกับความรู้สึกผิด ความสูญเสีย และความตาย กระบวนการคิดก็ซ้ำ แสดงออกโดยพูดซ้ำ พูดน้อย ใช้เวลาในการตอบคำถามนาน และตอบด้วยคำพูดสั้นๆ

#### 3.8.2.5 การรับรู้บุคคล เวลา และสถานที่

มีอาการซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่มีความผิดปกติด้านนี้      ตอบคำถามเรื่องนี้ได้ ถูกต้อง แต่ถ้า อารมณ์เศร้ามากก็ไม่สนใจ หรือไม่มีพลังที่จะตอบคำถาม

#### 3.8.2.6 ความจำ

ส่วนใหญ่สมาธิไม่ดี ลืมง่าย

#### 3.8.2.7 การตัดสินใจ และความหยั่งเห็น

การตัดสินใจในชีวิตอยู่บนพื้นฐานความคิดว่าตนเองไม่มีค่า ไม่มีแรงจูงใจที่จะทำอะไร มักเห็นว่าตนเองไม่สบายมาก หรือมีปัญหาชีวิตมากจนไม่มีความหวังอะไร

#### 3.8.2.8 ความเชื่อถือได้ของข้อมูล

เนื่องจากผู้มีภาวะซึมเศร้าหมกมุ่นอยู่กับความคิดทางลบ ทำให้เนื้อหาสาระที่พูดออกมาจะวนเวียนเป็นอยู่ที่ความไม่ดี ไม่มีคุณค่า ไม่มีความหวังในชีวิต ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน ผู้ประเมินควรตรวจสอบข้อมูลจากคนแวดล้อมของผู้ถูกประเมินประกอบด้วย

### 3.9 งานวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุ

#### 3.9.1. เพศกับภาวะซึมเศร้า

กมลสิน สาทรา (2537: บทคัดย่อ) ศึกษาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา ผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ จ.นครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนร้อยละ 45.99 มีความซึมเศร้าเล็กน้อย โดยผู้สูงอายุเพศชายส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.92 ไม่มีความซึมเศร้า และ ผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.06 มีความซึมเศร้าเล็กน้อย นั่นคือ ผู้สูงอายุเพศชายและหญิงมีความซึมเศร้า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแตกต่างกันไปทุกหมวด ได้แก่ หมวดอารมณ์, ความคิด และการรับรู้ ความหลงผิด ร่างกาย และกำลังใจ

จันทิมา จารณศรี (2539: บทคัดย่อ) ศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาทางสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 58.10 และผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาทางสุขภาพจิต มากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60.40 สำหรับ

การทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างเพศกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า เพศกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ทิพากร ปัญญาใหญ่; วัชณี หัตถพนม; และละเอียด ปัญญาใหญ่ (2539: ออนไลน์) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่น พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

ตริงเนตร พรรณดวงเนตร (2544: บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ที่อยู่ในความอุปการะประเภทสามัญ ในสถานสงเคราะห์คนชราวาระสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมาก มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ชาญกัญญา ตันติลีปกร (2547: 68) ศึกษาภาวะซึมเศร้า ความจำ สมรรถภาพสมอง และคุณภาพชีวิตของข้าราชการเกษียณในกรุงเทพมหานคร พบว่า ภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ และเพศมีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพทางสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P = 0.012$

รวีวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล (2547: บทคัดย่อ) ศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว่ และสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มี เพศ ต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในตัวแปร เพศกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย และ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาทางสุขภาพจิต มากกว่าเพศชาย แต่ก็มีบางงานวิจัยที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เมื่อศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในตัวแปร เพศกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในต่างประเทศ มีดังนี้

ฮุไซนี และคนอื่นๆ (Husaini; et al. 1987: 187) พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและหญิงมีความแตกต่างของภาวะซึมเศร้า คือ ในเพศชายมีความรุนแรง เนื่องจากสุขภาพไม่ดี ส่วนในเพศหญิงมีสาเหตุจากการมีความพึงพอใจ และระบบการสนับสนุนในระดับต่ำ

บราวน์ มิลเบิร์น และแกรี่ (Brown; Milburn; & Gary. 1992: 789) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ชาวอัฟริกัน-อเมริกัน ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี พบว่า เพศไม่มีความแตกต่างของภาวะซึมเศร้า

สตรีคแลนด์ (Lemme, B.H. 1995 : 417; citing Strickland, B.R. 1992. Women and Depression Current Directions in Psychological Science. pp. 132 - 135) กล่าวว่าต้น

กำเนิดของความแตกต่างในเรื่องเพศกับภาวะซึมเศร้ายังไม่ทราบแน่ชัด แต่คิดว่าเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนด้านชีวภาพ วัฒนธรรม และปัจจัยทางสังคม นอกจากนี้ยังมีหลักฐานเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนกับการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่มีข้อจำกัดและไม่เป็นที่ยืนยัน ปัจจัยด้านจิตวิทยาและวัฒนธรรมเป็นลักษณะเฉพาะที่พบเห็นได้จากประสบการณ์ของผู้หญิง ซึ่งสามารถอธิบายอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงในกลุ่มเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับ แม็คกราทท์ และคนอื่นๆ (Mcgrath; et al., 1990) และโนเลน ฮ็อกเซมา (Nolen Hocksema. 1990) กล่าวว่า ในอเมริกาอัตราการซึมเศร้าที่รุนแรงในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย 2 – 3 เท่า และยังพบว่าอัตราส่วนดังกล่าวนี้เป็นจริงในประเทศอุตสาหกรรมแถบตะวันออกอีกหลายประเทศ เหตุผลที่เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายก็คือในผู้หญิงบางรายที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีความเกี่ยวข้องกับความไม่สมดุลของเคมีชีวภาพในร่างกาย เช่น สารซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) จากการมีประจำเดือน การตั้งครรภ์ การคลอด และการหมดประจำเดือน ซึ่งทั้งหมดนี้มีความสัมพันธ์กับการสืบพันธุ์ในเพศหญิง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนในร่างกาย ทำให้มีผลต่อระดับซีโรโทนิน (serotonin) ได้ นักวิจัยบางคนกล่าวว่า เป็นผลจากการมีการเปลี่ยนแปลงร่วมกันระหว่างฮอร์โมนและซีโรโทนินในร่างกายทำให้เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากเพศชาย

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในตัวแปร เพศกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในต่างประเทศสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความซึมเศร้าและมีความรุนแรงสูงกว่าเพศชาย

### 3.9.2. อายุกับภาวะซึมเศร้า

สายยนต์ เจริญขำ (2535: บทคัดย่อ) “ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในเขตชนบท อ.บรรพตพิสัย จ.นครสวรรค์” พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า โดยที่ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า

กมลสิน สาตรา (2537: บทคัดย่อ) ศึกษาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์ จ.นครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกัน มีความซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน เมื่อวิเคราะห์เป็นรายหมวด พบว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกัน มีความซึมเศร้าแตกต่างกันในหมวดร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทิพากร บุญใหญ่; วุชนี หัตถพนม; และละเอียด บุญใหญ่ (2539: ออนไลน์) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่น พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอายุ เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ตรึงเนตร พรรณดวงเนตร (2544: บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ที่อยู่ในความ

อุปการะประเภทสามัญ ในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ชาญกัญญา ตันติลีปกร (2547: 68) ศึกษาภาวะซึมเศร้า ความจำ สมรรถภาพสมอง และคุณภาพชีวิตของข้าราชการเกษียณในกรุงเทพมหานคร พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p = .017$

รวีวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล (2547: บทคัดย่อ) ศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว่ และสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มี ระดับอายุ แตกต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องและใกล้เคียง ในตัวแปร อายุกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย สรุปได้ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า โดยที่ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า แต่อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีอายุ แตกต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

สำหรับการศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าในต่างประเทศ พบว่าภาวะซึมเศร้า มีปัจจัยเสี่ยงจากการเจ็บป่วยทางกาย ความเครียดในเรื่องเศรษฐกิจ แต่การประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามักถูกประเมินต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากมักถูกประเมินว่าเป็นปัญหาทางกาย (Lemme, B.H. 1995 : 418 ; citing George. 1993) จะเห็นได้จากรายงานการสำรวจอัตราภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของ ECA(Epidemiology Catchment Area Survey)พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีภาวะซึมเศร้าระหว่าง 0.5% ถึง 0.95% (Lemme, B.H. 1995 : 418; citing George; et al. 1988) ในขณะที่สถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (The National Institute on Aging, 1986) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีภาวะซึมเศร้า 15% ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมักประสบปัญหาการเจ็บป่วยทางกายและอาการของภาวะซึมเศร้าก็รวมอยู่ในความเจ็บป่วยเหล่านั้น เช่น ปัญหาการนอน ระดับกำลังงานลดลง ดังนั้นจึงถูกวินิจฉัยว่าเป็นการเจ็บป่วยทางกายมากกว่าเป็นการเจ็บป่วยด้านจิตใจ (Lemme, B.H. 1995 : 418; citing Berkman; et al. 1986)

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องและใกล้เคียง ในตัวแปรอายุกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในต่างประเทศ สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีภาวะซึมเศร้าสูง แต่การประเมิน พบว่าต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากผู้สูงอายุมักประสบปัญหาการเจ็บป่วยทางกาย และอาการของภาวะซึมเศร้าก็รวมอยู่ในความเจ็บป่วยเหล่านั้น ทำให้ประเมินได้ยาก

### 3.9.3. สถานภาพสมรสกับภาวะซึมเศร้า

กมลจิน สาทรา (2537: บทคัดย่อ) ศึกษาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์ จ.นครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความซึมเศร้าต่างกันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จันทิมา จารณศรี (2539: บทคัดย่อ) ศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหย่าร้าง มีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.70 สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างสถานภาพสมรสกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพสมรสกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ทิพากร ปัญญาใหญ่; วัชณี หัตถพนม; และละเอียด ปัญญาใหญ่ (2539: ออนไลน์) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่น พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตรึงเนตร พรรณดวงเนตร (2544: บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ที่อยู่ในความอุปการะประเภทสามัญ ในสถานสงเคราะห์คนชราวาระสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องและใกล้เคียง ในตัวแปรสถานภาพสมรสกับภาวะซึมเศร้าสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหย่าร้าง มีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แต่สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

### 3.9.4. ระดับการศึกษากับภาวะซึมเศร้า

จันทิมา จารณศรี (2539: บทคัดย่อ) ศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.70 สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างระดับการศึกษากับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับการศึกษากับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ทิพากร ปัญญาใหญ่; วัชณี หัตถพนม; และละเอียด ปัญญาใหญ่ (2539: ออนไลน์) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่น พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

ชาญกัญญา ตันตลีปกรณ์ (2547: 68) ศึกษาภาวะซึมเศร้า ความจำ สมรรถภาพสมอง และคุณภาพชีวิตของข้าราชการเกษียณในกรุงเทพมหานคร พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องและใกล้เคียง ในตัวแปรระดับการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สรุปได้ว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ แต่ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

### 3.9.5. อาชีพกับภาวะซึมเศร้า

จันทิมา จารณศรี (2539: บทคัดย่อ) ศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมเกษตรกรรม มีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.90 สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างอาชีพเดิมกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่าอาชีพเดิมกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ทิพากร ปัญญาใหญ่; วุชนี หัตถพนม; และละเอียด ปัญญาใหญ่ (2539: ออนไลน์) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่น พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รวีวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล (2547: บทคัดย่อ) ศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว และสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มี อาชีพเดิมแตกต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องและ ใกล้เคียง สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมเกษตรกรรม มีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แต่อาชีพเดิมกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กัน และอาชีพเดิมแตกต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

### 3.9.6. ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์กับภาวะซึมเศร้า

จันทิมา จารณศรี (2539: บทคัดย่อ) ศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการการสงเคราะห์ เป็นระยะเวลา มากกว่า 10 ปีขึ้นไป มีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.90 สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่าง ระยะเวลาในการเข้ารับบริการการสงเคราะห์กับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่าระยะเวลาในการเข้ารับบริการการสงเคราะห์กับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตรึงเนตร พรรณดวงเนตร (2544: บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ที่อยู่ในความอุปการะประเภทสามัญ ในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าระยะเวลาในการเข้ารับอุปการะในสถานสงเคราะห์ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จากการศึกษางานวิจัยในเรื่องนี้ ไม่มีการศึกษาไว้โดยตรง แต่มีการศึกษาในตัวแปรที่ใกล้เคียง ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการการสงเคราะห์ เป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปีขึ้นไป มีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด แต่ ระยะเวลาในการเข้ารับอุปการะในสถานสงเคราะห์ ไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

### 3.9.7. สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์กับภาวะซึมเศร้า

รวีวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล (2547: บทคัดย่อ) ศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว และสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี พบว่าผู้สูงอายุ ที่มีสาเหตุที่เข้ารับบริการสงเคราะห์แตกต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีนิวแมนคูล พบว่าผู้สูงอายุที่เกรงใจญาติ กับผู้สูงอายุที่เข้ากับญาติไม่ได้ และผู้สูงอายุต้องการมาอยู่เอง กับผู้สูงอายุที่เข้ากับญาติไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้ ไม่มีการศึกษาไว้โดยตรง แต่มีการศึกษาในตัวแปรที่ใกล้เคียง ซึ่งสรุปได้ว่าผู้สูงอายุ ที่มีสาเหตุที่เข้ารับบริการสงเคราะห์แตกต่างกันมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

เนื่องจาก วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายอย่าง ซึ่งเป็นไปในด้านลบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และประสบกับปัญหาการสูญเสีย เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ไม่ว่าจะ เป็นเพื่อนฝูง ญาติสนิท หรือคู่ชีวิตที่ตายจากไป ทำให้เกิดความรู้สึกถูกแยก ถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก นอกจากนี้ยังเกิดความสูญเสียสัมพันธ์ภาพในครอบครัว จากการที่บุตรธิดาแต่งงาน มีครอบครัว และแยกย้ายกันไปอยู่ต่างหากโดยเฉพาะในลักษณะสังคมยุคปัจจุบัน ที่ครอบครัวมักเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว มากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานลดน้อยลง โดยต่างคนต่างอยู่ มีการติดต่อสัมพันธ์มีส่วนร่วมในกิจกรรมลดลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความรู้สึกเสียเหงา และเกิดความซึมเศร้าได้ง่าย ดังนั้น ในภาวะการสูญเสีย ดังกล่าวของผู้สูงอายุ การให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นวัตถุ สิ่งของ การดูแลช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะจากบุตรหลานหรือบุคคลในครอบครัว หรือการที่สมาชิกในครอบครัวเปิดโอกาสหรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้แสดงบทบาทในสังคม อันเป็นการเอื้อ

ประโยชน์ต่อผู้อื่น จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมั่นคงและมี  
ความสุข

จากความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้เลือกศึกษาตัวแปร การ  
สนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

#### 4. เอกสารเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

##### 4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

ลู่ หง (Lu Hong. 2000: 9-10) ได้รวบรวมความหมายของการสนับสนุนทางสังคม และ  
ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

แคพเพลน (Caplan. 1976.) ได้ให้คำจำกัดความการสนับสนุนทางสังคมว่าหมายถึงสิ่งที่  
บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์  
ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

เฮาส์ (House. 1981.) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นพฤติกรรมการ  
ช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคล เช่น การช่วยเหลือด้านเงินทอง แรงงาน การเสียสละเวลา  
ช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และการช่วยเหลือด้านการ  
ประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรมเป็นข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง ซึ่งทำ  
ให้เกิดความมั่นใจในตนเองและทำให้รู้จักเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น

ทิลเดน และไวเนอร์ท (Tilden; & Weinert 1987.) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม  
หมายถึง การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม สิ่งของ เงินทอง และแรงงานที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทาง  
สังคม

ไวสส์ (Weinert. 1988 citing Weiss. 1974.) ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกอึดใจ  
หรือพึงพอใจต่อความต้องการที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งประกอบไปด้วยความ  
ใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น  
การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

เพนเดอร์ (Pender 1996.) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคล  
รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของ  
บุคคลอื่นโดยได้จากกลุ่มคนในระบบของสังคมนั่นเองเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์  
วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทาง  
สังคมไว้มากมาย มีทั้งที่คล้ายคลึงและแตกต่างกัน ซึ่งความหมายเหล่านี้แสดงให้เห็นแนวคิดเกี่ยวกับ

การสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการที่บุคคลได้รับการตอบสนองของความจำเป็นขั้นพื้นฐานทางสังคมจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น อันนำมาซึ่งความรู้สึกอึดอัดใจ ฟังพอใจต่อสิ่งที่ได้รับ และดำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

เป็นที่ทราบกันดีว่าการได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากสังคม จะช่วยลดความรุนแรงของความเครียดหรือปัญหา ผู้ป่วยซึ่งมีเครือข่ายการช่วยเหลือเป็นอย่างดีจะผ่านพ้นสถานการณ์วิกฤตได้ดีกว่าผู้ที่อยู่อย่างโดดเดี่ยว หรือไม่สามารถรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการติดต่อกับบุคคลภายนอกลดลง และมีความสัมพันธ์กับสังคมน้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมุ่งความสนใจมุ่งความสนใจมาอยู่กับตัวเองเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามในผู้สูงอายุจำนวนมากการติดต่อกับสังคมน้อยลง ไม่ได้เกิดเพราะความตั้งใจทำเช่นนั้น แต่เป็นเพราะความพิการและการเคลื่อนไหวมีปัญหา แม้ว่าจะไม่สามารถพบปะผู้คนได้เหมือนเดิม แต่ถ้าความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดและครอบครัวมีความแน่นแฟ้นเหมือนเดิม ความรู้สึกพึงพอใจหรือความสุขก็ยังคงมีอยู่ตราบนั้น

ผู้สูงอายุซึ่งมีครอบครัวของตัวเอง สมาชิกของครอบครัวก็จะมีชีวิตที่ใกล้ชิดกันทางด้านอารมณ์และความผูกพัน ดีกว่าผู้ที่ไม่มีครอบครัว แต่ว่าบุคคลในกลุ่มที่ไม่มีครอบครัวนี้จะมีชีวิตที่ใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนมากกว่า ซึ่งเป็นการหาความสุขให้แก่ตัวเองโดยมีความสัมพันธ์เช่นนั้น

อนึ่งจากการศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุมากที่สุด มีข้อมูลซึ่งบ่งว่าเป็นกลุ่มที่มีความอ่อนแอในการแยกตัวเองออกมาอยู่ตามลำพัง เนื่องจากการสูญเสียหลายๆ ครั้ง ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานมากที่สุด (สมภพ เรื่องตระกูล. 2547: 73)

#### 4.2 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้แบ่งไว้แตกต่างกันออกไปดังนี้

คอบบ์(Cobb) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ (นิลกุล รุจิรประเสริฐ. 2539: 32; อ้างอิงจาก Cobb. 1976: 300-301)

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า เขาได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้นด้วย

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Network) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เฮาส์(House) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ (นิลกุล รุจิรประเสริฐ. 2539: 33; อ้างอิงจาก House. citing Cronewett. 1984)

1. การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ หมายถึง การให้ความใกล้ชิดสนิทสนมและรับฟัง แสดงความยกย่อง แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจ

2. การช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน หมายถึง พฤติกรรมการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคล เช่น เงินทอง แรงงาน การเสียสละเวลาช่วยเหลือสังคม

3. การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล และคำแนะนำซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่

4. การช่วยเหลือด้านการประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง ซึ่งทำให้มีความมั่นใจในตนเอง

คอร์นเนเวทท์(Cronewett) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ชนิด โดยใช้พื้นฐานของ House's (1981) ซึ่งประกอบด้วย (นิลกุล รุจิรประเสริฐ. 2539: 33 – 34; อ้างอิงจาก Cronewett . 1985)

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง การให้ความใกล้ชิดสนิทสนมและรับฟัง แสดงความยกย่อง แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจ

2. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ หมายถึง บุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้โดยตรง

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล และคำแนะนำ ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่

4. การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบพฤติกรรม หมายถึง บุคคลที่อยู่ในสถานการณ์และประสบการณ์เดียวกันซึ่งช่วยให้เรียนรู้และเข้าใจตนเอง

ทอยส์(Thoits) ได้แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ (นิลกุล รุจิรประเสริฐ. 2539: 30 – 31; อ้างอิงจาก Thoits. 1982 : 147 ; Thoits. 1986 : 417)

1. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทองที่จะทำให้อุบัติการณ์นั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational aid) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งคำแนะนำและการป้อนกลับ

3. การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional aid) หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

แบรนต์ และไวเนอร์ทท์(Brandt; & Weinert) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้านตามแนวความคิดของไวสส์ (Weiss. 1974) ซึ่งประกอบด้วย (สรินดา น้อยสุข. 2545: 19 – 20; อ้างอิงจาก Brandt; & Weinert. 1981)

1. ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน หมายถึง การได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ ได้รับความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเป็นที่รัก แต่ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะรู้สึกเดียวดาย มองโลกในแง่ร้าย ลักษณะเช่นนี้จะพบในคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง

2. การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดความรู้สึก ข้อมูล ข่าวสาร ความห่วงใย ความเอื้ออาทรต่อกัน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้ จะทำให้ชีวิตน่าเบื่อหน่าย รู้สึกถูกตัดขาดออกจากสังคม

3. การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการ และเป็นที่ยิงของผู้อื่นได้ มีการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน บุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้ จะรู้สึกว่าชีวิตของตนเองไร้ค่า

4. ความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพนับถือ เห็นคุณค่า ยกย่องและชื่นชมความสามารถตามบทบาททางสังคม รวมถึงการให้อภัย ให้โอกาสในการปรับปรุงตนเอง ถ้าบุคคลไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้ จะรู้สึกขาดความเชื่อมั่น และรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์

5. การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่างๆ หมายถึง การได้รับข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ การเงิน วัตถุ และสิ่งของ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่า แม้จะมีการแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม โดยนักทฤษฎีหลายๆคนก็ตาม แต่ยังมีคล้ายคลึงกันในชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่พบได้จากนักทฤษฎีเกือบทุกราย คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สำหรับความแตกต่างนั้นพบได้ในชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ ในด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า และการสนับสนุนทางสังคมของไวสส์ ในด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ซึ่งไม่พบในการสนับสนุนทางสังคมของนักทฤษฎีคนอื่นๆ ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมแต่ละชนิดมีหน้าที่แตกต่างกัน และชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมนั้น อยู่ภายใต้เงื่อนไข 3 อย่าง คือ สถานการณ์ เวลาที่ต้องการการสนับสนุนและแหล่งสนับสนุนของบุคคล ซึ่งจาคอบสัน (Jacobson, 1986) กล่าวว่า บุคคลต้องการการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆแตกต่างกันในเวลา และสถานการณ์ความเครียดแตกต่างกัน เช่น ในภาวะวิกฤตบุคคลต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์มากที่สุด ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลง การสนับสนุนทางความคิด สถิติปัญหาสำคัญที่สุด และในภาวะที่เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ การสนับสนุนที่มีประโยชน์ คือ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ

เนื่องจากความสัมพันธ์ของมนุษย์มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างหนึ่ง การสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบหลายมิติซึ่งมีผู้สนใจศึกษาอย่างกว้างขวาง อันได้แก่ องค์ประกอบด้านโครงสร้าง การทำหน้าที่ และความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ โดยส่วนโครงสร้างหรือเครือข่ายทางสังคมหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม จะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่มีการติดต่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยแต่ละองค์ประกอบอาจมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน หรือส่งผลเสริมซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทของแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งโดยปกติจัดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้านกับกลุ่มทุติยภูมิซึ่งได้แก่ กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ

ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ใช้ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่แบ่งโดยแบรนด์ท์ และไวเนอร์ท (Brandt and Weinert) ซึ่งแบ่งเป็น 5 ด้านดังกล่าวข้างต้น

#### 4.3 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ กล่าวถึงหลักการสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้ (พิมพรรณ กิตติวงศ์ภักดี, 2547: 40 – 41; อ้างอิงจาก บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2528 : 584)

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคม
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้นจะต้องประกอบด้วย
  - 2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่า มีคนสนใจเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีต่อตนเองอย่างจริงจัง
  - 2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับรู้สึกได้ว่า ตัวเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม
  - 2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้
3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่ต้องการ คือการมีสุขภาพดี

#### 4.4 ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

สำหรับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุนั้นจะมีความคล้ายคลึง และสอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่อยู่ในวัยอื่น แต่มีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์เป็น 3 ระดับ คือ (สิริสุดา ชาวคำเขต; และคนอื่นๆ, 2545: 29-30.)

1. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบ (subsystem) เป็นความสัมพันธ์ หรือ การพึ่งพาระหว่างผู้สูงอายุและสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิต ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลหรือสัตว์ สิ่งของก็ได้
2. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบ (system) เป็นความสัมพันธ์ หรือ การพึ่งพาระหว่างผู้สูงอายุกับกลุ่มองค์กรทั้งกลุ่มเล็ก และกลุ่มใหญ่ ได้แก่ ครอบครัวและชุมชน เป็นต้น
3. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นเหนือระบบ (suprasystem) เป็นความสัมพันธ์ หรือการพึ่งพาระหว่างผู้สูงอายุกับระบบแรงสนับสนุนทางสังคม ในบริบทของชุมชนขนาดใหญ่ ได้แก่ หน่วยงานบริการทางสังคม หรือโครงการให้บริการในชุมชน เป็นต้น

ความสัมพันธ์ดังกล่าวข้างต้นมีลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมอยู่สองลักษณะ คือ การสนับสนุนแบบเป็นทางการ (formal support) เป็นการสนับสนุนจากองค์กร หน่วยงาน หรือสถาบันที่ให้การช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุทั้งของรัฐบาลและเอกชน และการสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการ (informal support) เป็นการสนับสนุนที่เกิดจากความผูกพันที่เกี่ยวข้อง ความรักใคร่ระหว่างบุคคลซึ่งไม่เป็นระบบ และไม่ต้องใช้เงินเป็นการแลกเปลี่ยน เป็นการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้านและมิตรสหาย แต่ส่วนใหญ่บุคคลจะมีความพึงพอใจ และต้องการแหล่งสนับสนุนทางสังคมแบบไม่เป็นทางการมากกว่าแบบเป็นทางการ เนื่องจากมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด ครอบครัวจัดเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับในระดับระบบ (system) มีลักษณะไม่เป็นทางการ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกัน หรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่างๆที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ

#### 4.5 กลไกของการสนับสนุนทางสังคม

ลู่ หง (Lu Hong, 2000: 13-14) ได้รวบรวมกลไกของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

ไดมอน และโจนส์ (Diamond; & Jones, 1983) ได้สรุปตามสมมติฐาน ซึ่งมีพื้นฐานจากการศึกษาในเรื่องของการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และความเจ็บป่วย ผลการศึกษา คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงกับสุขภาพ การที่ได้รับหรือไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความเป็นความตายได้
2. การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวกลางในการต่อต้านผลจากความเครียดสูงได้ กล่าวคือ มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีความสำคัญมาก
3. การสนับสนุนทางสังคมมีผลในการประนีประนอม กล่าวคือ มีการกระตุ้นการพัฒนาวิธีการจัดการความเครียดและส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งและมีความเข้าใจมากขึ้น ความสามารถทางสังคมจะสามารถอธิบายการหายจากการเจ็บป่วยได้
4. การขาดการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผลกระทบจากเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตรุนแรงขึ้น

เฮาส์ (House, 1981) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยส่งเสริมหรือต่อต้านผล ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพจากการที่ไม่ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง 3 วิธี ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมสามารถเพิ่มสุขภาวะที่ดีได้โดยตรง เพราะมีความสำคัญต่อความต้องการของมนุษย์ในด้านอารมณ์ เครื่องมือในการช่วยเหลือ ข้อมูลข่าวสาร และการประเมิน โดยเฉพาะในระหว่างช่วงการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ ให้ผลทางบวกในการสนับสนุนด้านสุขภาพ หรือลดผลของการเปลี่ยนแปลงในทางลบได้

2. การสนับสนุนทางสังคม สามารถช่วยลดระดับของการปรับตัวที่ไม่ดีได้หลายวิธี ดังนั้นจึงเป็นการพัฒนาสุขภาพได้โดยตรง เช่น ลดความตึงเครียดระหว่างบุคคล ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ความพอใจและประเมินตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้อง

3. การสนับสนุนทางสังคม สามารถป้องกันผลร้ายจากภาวะวิกฤต และการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งช่วยในการพัฒนาความสามารถในการปรับตัวในช่วงการเปลี่ยนแปลงของชีวิต

สรุปคือ หน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยยกระดับของสุขภาพ ลดแรงกดดันและป้องกันบุคคลจากผลของการเปลี่ยนแปลงชีวิตในหลายด้านด้วยกลไกหลายอย่าง กล่าวคือการสนับสนุนทางสังคมเป็นพลังในการจัดการภาวะการปรับตัวที่ไม่ดีจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตนั่นเอง

#### 4.6 ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม

แนวความคิดของการสนับสนุนทางสังคมมีหลากหลาย มีทั้งความแตกต่างและคล้ายคลึงกัน ในการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อสุขภาพ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ ช่วยให้บุคคลสามารถปรับแก้ไขความเครียดได้ดีขึ้น ช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤต นอกจากนี้ เพนเดอร์ (Pender, 1984) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญ 3 ประการ คือ (สรินดา น้อยสุข, 2545: 23)

4.6.1 เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ลดภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน

4.6.2 ส่งเสริมภาวะสุขภาพ ช่วยให้สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตเต็มที่

4.6.3 เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย และช่วยให้บุคคลปรับพฤติกรรมเพื่อผ่อนคลายระดับของอันตราย หรือความเครียดที่ประสบอยู่ เมื่อมีปัญหาทางด้านจิตใจจะสามารถปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้อาการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจดีขึ้น

ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทุกช่วงวัย มีลักษณะเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม ความคิด ความรู้สึก เพื่อให้ตนเองเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย เป็นที่รัก

และต้องการของครอบครัวและสังคม ในวัยผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกัน ควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต และเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้มากขึ้น ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

#### 4.7 การสนับสนุนทางสังคมในวัฒนธรรมต่างๆ

วาลเฟรย์ (Valfre, M.M. 2001: 188) พบว่า มีผู้สูงอายุมากกว่า 95% ที่อาศัยอยู่นอกครอบครัว เช่น สถานดูแลผู้สูงอายุ ยกเว้นผู้สูงอายุที่อายุ 85 ปี ขึ้นไป ซึ่งมีประมาณ 20% ที่อาศัยอยู่ในครอบครัว และมีมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี ที่ยังอาศัยอยู่กับครอบครัวพร้อมคู่ชีวิต และมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่อาศัยอยู่คนเดียว นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาประเพณีของครอบครัวในประเทศต่างๆ ดังนี้

- ประเพณีของครอบครัวชาวเกาหลี บุตรชายคนแรกซึ่งเป็นผู้ที่จะสืบทอดการเป็นหัวหน้าครอบครัวและจะได้รับทรัพย์สินสมบัติส่วนใหญ่จะต้องเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุในครอบครัว

- ประเพณีของชาวญี่ปุ่น บุตรชายที่มีอายุมากที่สุด หรือบุตรที่ยังไม่แต่งงานในครอบครัว ต้องเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

- ประเพณีชาวอเมริกันพื้นเมือง (Native Americans) จะยกย่องผู้สูงอายุ เพราะถือว่าหัวหน้าเผ่าพันธุ์ต้องมีประสบการณ์และความรู้มากมายก่อนที่จะได้มาเป็นหัวหน้า ครอบครัวชาวอเมริกันพื้นเมืองเป็นครอบครัวใหญ่ ครอบครัวขยาย ทุกคนในครอบครัวมีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

- ประเพณีครอบครัวชาวจีนจะตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุ ผู้ที่มีอายุมากที่สุดในการครอบครัวจะได้รับการยอมรับและเชื่อฟัง และการตัดสินใจต่างๆต้องได้รับความเห็นชอบจากสมาชิกในครอบครัว

- ประเพณีชาวอัฟริกัน – อเมริกัน มีแหล่งสนับสนุนใหญ่ที่ให้การช่วยเหลือและดูแลความสุขสบายแก่ผู้สูงอายุ

- ชาวอเมริกันเชื้อสายสเปน (Hispanic – American) ผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่กับบุตรที่แต่งงานแล้ว

จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุในทุกเชื้อชาติ

จากการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการพักอาศัยในบ้านพักคนชรา ของ จันท์โพธิ์ แสงเทียนฉาย (2536) ซึ่งศึกษาโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เก็บข้อมูลโดยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระหว่างพ.ศ 2533 - 2534 ข้อมูลประกอบด้วย การสนทนากลุ่มของผู้สูงอายุ และคนหนุ่มสาว (ที่มีพ่อแม่สูงอายุ) ในทุกภาคของประเทศ จำนวน 26 กลุ่ม

โดยแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 13 กลุ่ม และ คนหนุ่มสาว 13 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีผู้ร่วมสนทนา ประมาณ 7- 9 คนทั้งเพศชายและเพศหญิง และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ETHNOGRAPH ผลการศึกษาเป็นการเสนอภาพรวมที่ได้จากการสนทนากลุ่ม พบว่า ส่วนมากมีทัศนคติในทางลบต่อสถานสงเคราะห์คนชรา เนื่องจาก ค่านิยมในสังคมไทยมีพื้นฐานทางด้านวัฒนธรรมประเพณีที่คาดหวังว่า การดูแลพ่อแม่เป็นหน้าที่ของบุตร หรือสมาชิกอื่นในครอบครัว การเข้าไปอยู่ในบ้านพักคนชรา หรือแม้แต่การเข้าไปอยู่ในสถานพยาบาลเพราะโรคภัยไข้เจ็บเรื้อรัง ก็ยังอาจถูกมองว่า เป็นความล้มเหลวของระบบครอบครัวได้ในแง่ที่ว่า ไม่มีใครยอมดูแลพ่อแม่ สังคมยังไม่ยอมรับข้อเท็จจริงที่ว่า นอกจากบ้านแล้ว สถานสงเคราะห์หรือบ้านพักคนชราก็อาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ และจากการศึกษาในครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นความจริงว่า ระบบครอบครัวยังคงเป็นความหวังของผู้สูงอายุ และ คนหนุ่มสาวซึ่งต้องเข้าสู่วัยสูงอายุต่อไปในการที่จะใช้เป็นที่พำนักอาศัยในบ้านปลายชีวิต (จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย.2536: 23-34)

#### 4.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ

องอาจ สิทธิเจริญชัย; ชรินทร์ เจริญกุล; และปัญญาวัฒน์ สันติเวส (2540: 175) ศึกษาคุณภาพของผู้สูงอายุไทย : กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพาสนับสนุนจากลูกหลานมากขึ้น ส่วนทางด้านสังคมมีลูกหลานเป็นเครือข่ายหลัก ในส่วนขององค์กรชุมชน มีการสนับสนุนและสัมพันธ์กันไม่มากนัก

มาลินี วงษ์สิทธิ์; ศิริวรรณ ศิริบุญ; และ อัจฉรา เอ็นท์ (2541: 78) ศึกษา การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแล ให้บริการ และกิจกรรมต่างๆแก่ผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองหรือผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชนแออัด ในเขตกรุงเทพมหานคร มีการติดต่อพบปะสังสรรค์กับคนในวัยเดียวกันค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในเขตชานเมืองหรือเขตชนบท และพบว่าร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุในเขตชานเมือง และในเขตชนบท มีเพื่อนในวัยเดียวกันเป็นจำนวนหลายคน

อัจฉรา เอ็นท์; และปรีญา รุ่งโสภาสกุล (2541: 44) ศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะอยู่กับครอบครัวหรือบุตรหลาน และรับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวมากกว่าไปรับบริการสวัสดิการสังคมที่รัฐจัดไว้ให้

เพ็ญศรี แก้วเวฬุ (2544: ออนไลน์) ได้ศึกษาเรื่อง ผู้สูงอายุกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในชุมชนอำเภอสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงระดับของการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุทั้งชาย

และหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอสุโขทัย-ลก จำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ การสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม ผลการศึกษาปรากฏว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก พิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าอยู่ในระดับปานกลาง ด้านสิ่งของ เงินทอง แรงงาน และบริการทางการแพทย์ อยู่ในระดับค่อนข้างมาก และด้านข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ การนับถือศาสนา และสถานภาพสมรสคู่ และปัจจัยแวดล้อม คือ ลักษณะครอบครัวขยาย การปฏิบัติศาสนกิจเป็นประจำ และมีการพบปะเพื่อนฝูงมาก มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรินดา น้อยสุข (2545 : ง) ได้ศึกษาเรื่อง “การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกจิตเวช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 270 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับสูง ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ร้อยละ 58.15 ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ร้อยละ 63.33 ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง ร้อยละ 60.74 ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ร้อยละ 62.96 ด้านการได้ช่วยเหลือประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น ร้อยละ 63.70 และด้านการได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำด้านต่างๆ ร้อยละ 59.63

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องของเรื่องการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพาสนับสนุนจากลูกหลานเป็นหลัก และต้องการที่จะอยู่กับครอบครัว อยู่กับบุตรหลาน และรับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวมากกว่าไปรับบริการบริการสวัสดิการสังคมที่รัฐจัดไว้ให้ และการพบปะเพื่อนฝูงมาก มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ศรีวรรณ ตันศิริ (2535: บทคัดย่อ) “ผลการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาระสนะเวศน์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา” พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์สามารถลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้

อารยา จิยะจันทร์ (2535: 34) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่ออารมณ์เศร้าของผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 4 บางเขน กรุงเทพมหานคร

พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีอารมณ์เศร้าลดลงมากกว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับข้อเสนอแนะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

อัมพร โอตระกูล; และคนอื่นๆ (2536: 169) ศึกษาความชุกของความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เขตเมือง (ดินแดง) และเขตชนบท (อำเภอ บรรพตพิสัย) พบว่า ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองมี ร้อยละ 38 และในเขตชนบทพบความซึมเศร้าร้อยละ 67.4 ซึ่งจากการที่ผู้สูงอายุในเขตชนบทซึมเศร้า มากกว่าในเขตเมืองนั้น เข้าใจว่าเนื่องจากเขตเมืองมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ใน ชุมชนและสังคมสิ่งแวดล้อมในเขตเมืองมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าที่เขตชนบท

สมหมาย จันณี (2538: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง “การลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศ หญิงใน สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค โดยใช้การสนับสนุนทางสังคม” โดยมีจุดประสงค์ที่จะ ทดลองความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิง ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ด้วยการให้การ สนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงจำนวน 48 คน ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น จากประชากร 91 คน ตามช่วงอายุ 60 – 69 ปี, 70 – 79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป และแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน กลุ่มควบคุม 24 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ทำการทดลองกับกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลและ เป็นกลุ่มด้วยการให้การสนับสนุนด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการยอมรับและ เห็นคุณค่าในตนเอง และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวม 11 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 14 ชั่วโมงต่อ คน ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง นำแบบสอบถามวัดความซึมเศร้า The CES-D Scale ของ Radloff, L.S. มาวัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังการทดลองมาหาค่า ทางสถิติ โดยใช้ t-test และ Analysis of variance ได้ผลการทดลองดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมมีผลในการลดความซึมเศร้าของกลุ่มทดลองได้แตกต่าง จากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกัน มีความซึมเศร้าลดลงไม่แตกต่างกัน

ทิพากร ปัญญาใหญ่; วัชณี หัตถพนม; และละเอียด ปัญญาใหญ่ (2539: ออนไลน์) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มา รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือผู้สูงอายุที่มี อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 150 คน ผลการวิจัยการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าพบว่า ลักษณะครอบครัว สัมพันธ ภาพในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมเป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุ

ตรึงเนตร พรธณดวงเนตร (2544: บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ที่อยู่ในความอุปการะประเภทสามัญ ในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าผู้สูงอายุส่วนมาก มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง การเข้าร่วมกิจกรรมและการใช้บริการของสถานสงเคราะห์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และเป็นตัวที่มีอำนาจในการพยากรณ์ หรือมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุด หมายความว่า หากผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมหรือใช้บริการของสถานสงเคราะห์ เพิ่มมากขึ้นในแต่ละครั้ง จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

บัณฑิต เคียงธนสมบัติ (2547: บทคัดย่อ) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม การมีกิจกรรม กับความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และการมีกิจกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต

พินลักษ์ณ์ นิติภากรณ์ (2547: 81) ศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ ในสังฆราชูปถัมภ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบศึกษา 2 กลุ่มวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีคะแนนซึมเศร้าในระดับปานกลาง และทำการสุ่มแบบง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมตามขั้นตอนในระยะเวลา 5 สัปดาห์ พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผล ต่ำกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมและต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า การเข้าร่วมกิจกรรมและการใช้บริการของสถานสงเคราะห์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และเป็นตัวที่มีอำนาจในการพยากรณ์ หรือมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุด และการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

บลลาเซอร์ (Blazer. 1982: 320) พบว่า พื้นฐานทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง สูญเสียบทบาทที่สำคัญ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมลดลง เป็นสาเหตุที่เพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

อาร์ลิง (Arling G.1987: Online) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตึงเครียดในชีวิตกับอาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย และความผิดปกติทางอารมณ์ในผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา พบว่า เพศหญิง คนผิวขาว, คนโสด, ระดับการศึกษาต่ำ เป็นปัจจัยให้เกิดความตึงเครียดสูง ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

โกลด์เบิร์ก , เบนจามิน และครีต (Goldberg D.; Benjamin S.;& Creed F. 1987: 375) กล่าวว่า ในสหรัฐอเมริกาพบผู้สูงอายุที่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าประมาณ ร้อยละ 10 – 20 ของผู้สูงอายุที่อยู่ตามบ้าน และพบมากขึ้นตามสถานรับบริการทางคลินิกหรือโรงพยาบาล

ฮูซัยนี และคนอื่นๆ (Husaini; et al. 1987: Abstract) พบว่า ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 61 ปี มีภาวะซึมเศร้า ในระดับสูงและมีแนวโน้มที่มีประวัติพลังของ Ego ต่ำ, สุขภาพไม่ดี, มีคนสนิทจำนวนน้อยและได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีอายุน้อยกว่า

แอนโทนูชชี (Antonucci. 1990: 205-226) กล่าวว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้สูงอายุ ในขณะที่เพื่อนเป็นผู้ที่ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ และเป็นแหล่งหลักของสัมพันธภาพโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว

โควารด์ และคนอื่นๆ (Coevard; et al. 1992: 18-33) พบว่า 85% ของผู้สูงอายุได้รับการอนุเคราะห์จากครอบครัว 10% ได้รับจากเพื่อน และ 13% ได้จากหน่วยงานบริการทางสังคม

อ็อกซ์แมน; และคนอื่นๆ (Oxman T.E; et al.1992: 356 – 368) ได้ศึกษาเรื่อง “การสนับสนุนทางสังคมกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ” โดยวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อทดสอบผลของลักษณะเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป จำนวน 1,962 คน จากสถาบันนิวเฮฟเว่น ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่เคยมีภาวะซึมเศร้าและไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เมื่อปี 1982 แต่ได้รับการรักษาจนดีขึ้นแล้วเมื่อปี 1985 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางอารมณ์ที่เพียงพอ เช่น การมีบุตรหลานมาเยี่ยมทุกสัปดาห์ มีคนใกล้ชิดสนิทสนมมีผลต่อการหายของภาวะซึมเศร้า และเป็นปัจจัยที่สำคัญมาก

วิลเลียม, โจเอล และคัลเลน (William, Lee Bothell.; Joel, Fischer.; & Cullen ,Hayashidg. 1992: Online) ศึกษาการวิเคราะห์ตัวแปรซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ผู้ที่มีรายได้ต่ำ และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ตัวทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายภาวะซึมเศร้า คือ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซึ่งอาจนำไปสู่การสูญเสียหน้าที่ได้

ฮักเฮส และคนอื่นๆ (Hughes; et al. 1993: Online) ศึกษาปัจจัยด้านอายุที่ทำให้เกิดความแตกต่างของภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมซึ่งส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบว่าภาวะสุขภาพกับการขาดการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

บาร์คาร์ ฮูไซนี (Baqar Husaini. 1997: Online) ศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุผิวขาวกับผิวดำมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน แต่ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับระดับการสนับสนุนทางสังคม

ปรินซ์ และคนอื่นๆ (Prince M.J; et al. 1997 : 323 – 332) ได้ศึกษาเรื่อง “การขาดการสนับสนุนทางสังคม ความโดดเดี่ยว และเหตุการณ์ในชีวิตเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์ในชีวิต โดยการสำรวจผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปี ขึ้นไป ในลอนดอน ประเทศอังกฤษ พบว่า ภาวะซึมเศร้าและจำนวนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตที่ผ่านมา เช่น การเจ็บป่วย ฆ่าตัวตาย และการถูกขโมย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่พบบ่อยที่สุดมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ส่วนจำนวนของการขาดการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ระดับสูง ซึ่งจำนวนของการขาดการสนับสนุนทางสังคมขึ้นอยู่กับอายุ ความบกพร่องทางกาย ความโดดเดี่ยว และการใช้บริการของสถานรับดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความ โดดเดี่ยวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากที่สุด

โรเบิร์ต และคนอื่นๆ (Roberts; et al. 1997: Online) ศึกษาตัวแปร 12 ตัว ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เพศ, ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง, ปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน, ปัญหาด้านการคิด การมีปัญหากับเพื่อนบ้าน และการแยกตัวจากสังคม เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้า

เกรท ซันด์สตรอม (Gredt Sundstrom. 2003: Online) ศึกษาเรื่องสัมพันธ์ภาพ เครือข่าย และการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุในสวีเดน โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี พบว่า คู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนหลักของผู้สูงอายุ ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่ชีวิตจะให้ความไว้วางใจลูกหลานในการดูแลและส่วนมากจะใช้บริการการดูแลของสถานดูแลผู้สูงอายุ

จากการศึกษางานวิจัยดังกล่าว สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่น่าจะเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง น่าจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

#### การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค ซึ่งเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้

##### การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค ซึ่งได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 148 คน และเมื่อเทียบกับค่าที่คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตร

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (ถานินทร์ ศิลป์จารุ . 2546 : 35 – 36)

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

e = ค่า % ความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง ( 5 % หรือ 0.05)

N = ขนาดของประชากรที่ใช้ในการวิจัย

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้เท่ากับ 135 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลคือ 148 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ตอน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2. แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

### 3. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

#### แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ และสาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์

#### แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีเนื้อหาครอบคลุมอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ ความรู้สึก ด้านการคิดรู้ และพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ซึ่งเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (นิพนธ์ พวงวรินทร์; และคนอื่นๆ.2537) ที่ได้รวมกลุ่มบรรดาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยา จากหลายสถาบันทั่วทั้งประเทศไทย ซึ่งผ่านการวิเคราะห์คุณลักษณะ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือแล้ว ลักษณะของแบบวัดความซึมเศร้า TGDS เป็นแบบเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” จำนวน 30 ข้อ ซึ่งตรงกับอาการที่เป็นอยู่ตามความเป็นจริง

ตัวอย่าง แบบวัดภาวะซึมเศร้า

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
0	ท่านรู้สึกที่ท่านนอนไม่ค่อยหลับในเวลากลางคืน		
00	ท่านรู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง		

#### เกณฑ์การให้คะแนน

นำแบบวัดความซึมเศร้ามากำหนดค่าคะแนนโดย การวัดคะแนนข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือ ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

การแปลผล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)	คะแนน 0 – 12 คะแนน
	มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	คะแนน 13 – 18 คะแนน
	มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	คะแนน 19 – 24 คะแนน
	มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	คะแนน 25 – 30 คะแนน

#### การหาคุณภาพแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ฉบับที่สร้างขึ้นโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (นิพนธ์ พวงวรินทร์และคนอื่นๆ.2537) ซึ่งผ่านการวิเคราะห์คุณลักษณะ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

ผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค2 และมูลนิธิวัยวัฒนาวาส จังหวัดสมุทรปราการ รวมจำนวน 50.คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น(Reliability) ของแบบวัดด้วยวิธี หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach ) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น(Reliability) เท่ากับ .86

### แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัย และคณะ(ชลธิชา บุญศิริ, จินตนา เหลืองศิริเธียร และธนิศา คุณวัฒน์) สร้างขึ้น โดยมีวิธีดำเนินการสร้างเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย และวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ

2. รวบรวมความรู้และแนวคิดสร้างเป็นแบบวัดให้มีเนื้อหาครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน คือ ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน และการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่างๆ จำนวน 40 ข้อ โดยแบ่งข้อคำถามของการสนับสนุนทางสังคมครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ไม่แน่ใจ ไม่จริง และไม่จริงที่สุด ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่แสดงระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุตามความเป็นจริง

กำหนดคะแนนข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก ดังนี้

คะแนน 1 หมายถึง	ไม่จริงที่สุด
คะแนน 2 หมายถึง	ไม่จริง
คะแนน 3 หมายถึง	ไม่แน่ใจ
คะแนน 4 หมายถึง	จริง
คะแนน 5 หมายถึง	จริงที่สุด

สำหรับข้อคำถามในทางลบ คะแนนที่ให้จะตรงกันข้ามกับข้อคำถามทางบวก ดังนี้

คะแนน 1 หมายถึง	จริงที่สุด
คะแนน 2 หมายถึง	จริง
คะแนน 3 หมายถึง	ไม่แน่ใจ
คะแนน 4 หมายถึง	ไม่จริง
คะแนน 5 หมายถึง	ไม่จริงที่สุด

### การหาคุณภาพแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

1. การหาความเที่ยงตรง (Validity) โดยนำแบบวัดที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านคือ พันเอก เอนกวิช เต็มบุญเกียรติ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ขวดี แย้มวงษ์ และ อาจารย์โสภิต แสงอ่อน เพื่อตรวจหาความเหมาะสมทางด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ในข้อคำถาม ให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้

2. การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยนำแบบวัดที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค 2 จำนวน 50 คน แล้วนำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ โดยใช้สูตรของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) และได้คัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าสหสัมพันธ์ในทางบวกกับคะแนนรวมทั้งฉบับซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป จากทั้งหมด 40 ข้อ เหลือจำนวน 38 ข้อ

3. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำข้อคำถามที่คัดเลือกแล้วจากข้อ 2 มาหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha -Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach ) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .90

ตัวอย่าง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน

ข้อที่	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0	ท่านรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวของท่าน					

ตัวอย่าง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ข้อที่	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0	ท่านไม่อยากจะพูดคุยกับคนรอบข้าง					

ตัวอย่าง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น

ข้อที่	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0	ท่านมีโอกาสน้อยมากในชีวิตที่จะให้ความช่วยเหลือดูแลคนรอบข้าง					

ตัวอย่าง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า

ข้อที่	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0	ท่านรู้สึกว่าคนรอบข้างนิยมชมชอบในตัวท่าน					

ตัวอย่าง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

ข้อที่	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0	ถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือคนรอบข้างยินดีช่วยเหลือท่าน					

ข้อความที่มีความหมายทางบวกมีจำนวน 25 ข้อ ได้แก่ข้อ 1,3 ,4 , 5 ,6 ,7 ,9 ,11 ,12 ,13 , 16 ,17 ,21 ,22 ,23 ,24 ,25 ,26 ,28 ,30 ,31,32 ,33 ,34 และ 38 ส่วนข้อความที่มีความหมายทางลบมีจำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2 ,8 ,10 ,14 ,15 ,18 ,19 ,20 ,27,29 ,35 ,36 และ 37

#### เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 38 – 190 คะแนน และคะแนนรายด้านอยู่ระหว่าง 7 – 40 คะแนน

โดยผู้ที่ได้คะแนนรวม 38 – 68 คะแนน คะแนนรายด้าน 7 – 13 คะแนน แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมาก

คะแนนรวม 69 – 99 คะแนน คะแนนรายด้าน 14 – 20 คะแนน แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

คะแนนรวม 100- 130 คะแนน คะแนนรายด้าน 21- 27 คะแนน แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

คะแนนรวม 131- 161 คะแนน คะแนนรายด้าน 28- 34 คะแนน แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

และ คะแนนรวม 162- 190 คะแนน คะแนนรายด้าน 35- 40 คะแนน แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมาก

ในส่วนการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าตามตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 ระดับคือ

1. การสนับสนุนทางสังคมต่ำ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม

2. การสนับสนุนทางสังคมสูง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์ด้วยตนเอง มีการดำเนินการวิจัยตามลำดับดังต่อไปนี้

1. นำหนังสือแนะนำตัวขออนุญาตเก็บข้อมูล จากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงอธิบดีกรมพัฒนาสังคม เพื่อขอความร่วมมือ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตในการทำงานวิจัย
2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง
3. แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและอธิบายรายละเอียดของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง
4. ทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยใช้แบบวัดที่เตรียมไว้ภายหลังจากการพูดคุยสร้างความคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่าง ในระหว่างวันที่ 8 สิงหาคม 2549 ถึง วันที่ 20 กันยายน 2549
5. ผู้วิจัยรวบรวมตรวจสอบความสมบูรณ์ และถูกต้องของแบบวัดทั้งหมด พบว่าแบบวัดทุกฉบับมีความสมบูรณ์และถูกต้อง ผู้วิจัยจึงนำแบบวัดเหล่านั้นมาตรวจให้คะแนน แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

### การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows (Statistical Package for the Social Sciences) ทั้งการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและวิเคราะห์ข้อมูล โดยมี ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ ความถี่ และ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้าน และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าตามตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์ และระดับสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ t – test เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 3, 7 และ 8
4. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และ ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – way Analysis of Variance) และหาก

พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะใช้การทดสอบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ด้วยวิธี LSD (Least Significant Difference) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 4, 5 และ 6

5. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 9

6. คำนวณหาตัวทำนาย โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 10

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์และแปลความหมายผลการวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมาย และเพื่อสะดวกต่อการนำเสนอข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
S.D.	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t- distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F- distribution
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนน(Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน( Mean Square)
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
sup. 1	แทน	การสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน
sup. 2	แทน	การสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมหรือ เป็นส่วนหนึ่งของสังคม
sup. 4	แทน	การสนับสนุนทางสังคมด้านความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน
R	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R <sup>2</sup>	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย
F Change	แทน	ค่าสถิติเอฟ(F) ที่ใช้ทดสอบความมีนัยสำคัญของการเพิ่มตัวทำนายทีละตัว
b	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายซึ่งทำนายในรูปคะแนนดิบ
$\beta$	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายซึ่งทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน
p	แทน	ค่าระดับการมีนัยสำคัญทางสถิติ
*	แทน	ค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	ค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
***	แทน	ค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

## การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมาย

การเสนอผลการวิเคราะห์และการแปลความหมาย ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 5 ตอนคือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ระดับภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า เมื่อจำแนกตามตัวแปรต่างๆ ดังต่อไปนี้คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์ และระดับการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านกับ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

ตอนที่ 5 การศึกษาอำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้า โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน

### ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
ชาย	24	16.2
หญิง	124	83.8
รวม	148	100.0
<b>2. อายุ</b>		
60 – 70 ปี	23	15.5
71 – 75 ปี	38	25.7
มากกว่า 75 ปี	87	58.8
รวม	148	100.0

## ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>3. สถานภาพสมรส</b>		
ใช่	50	33.8
ไม่ใช่	98	66.2
รวม	148	100.0
<b>4. ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	32	21.6
ประถมศึกษา	80	54.1
มัธยมศึกษา	24	16.2
สูงกว่ามัธยมศึกษา	12	8.1
รวม	148	100.0
<b>5.. อาชีพ</b>		
รับราชการ	19	12.8
ธุรกิจส่วนตัว	35	23.6
เกษตรกรรม	15	10.1
อื่นๆ	79	53.4
รวม	148	100.0
<b>6. ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์</b>		
น้อยกว่า 1 ปี	16	10.8
1 – 5 ปี	47	31.8
มากกว่า 5 ปี	85	57.4
รวม	148	100.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>7. สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์</b>		
สมัครใจเข้าอยู่	125	84.5
บุตรหลานหรือญาติพามา	23	15.5
รวม	148	100.0

จากตาราง 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 148 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.8 ส่วนเพศชาย มีเพียง ร้อยละ 16.2 กลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุมากกว่า 75 ปี มีจำนวนมากที่สุดคือ ร้อยละ 58.8 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 71-75 ปี และกลุ่มอายุ 60 -70 ปี ซึ่งมีจำนวน ร้อยละ 25.7 และ 15.5 ตามลำดับ ในด้านสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสไม่โสด คือร้อยละ 66.2 ส่วนสถานภาพโสด มีจำนวนร้อยละ 33.8 ในด้านระดับการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.1 โดยส่วนใหญ่มีอาชีพอื่นๆ (นอกเหนือจากอาชีพ รับราชการ ธุรกิจส่วนตัว และเกษตรกรรม) ร้อยละ 53.4 ซึ่งได้แก่ รับจ้างทั่วไป เก็บขวดขาย ช่างเย็บผ้า ทำงานโรงงาน พนักงานโรงแรม ครูโรงเรียนเอกชน พยาบาล และแม่บ้าน สำหรับระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์มานานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 57.4 และในด้านสาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สมัครใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ ร้อยละ 84.5

## ตอนที่ 2 ระดับภาวะซึมเศร้า และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

### 2.1 ระดับภาวะซึมเศร้า

เกณฑ์การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 0 – 12 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)

คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 13 – 18 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 19 – 24 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 25 – 30 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ มาเทียบกับเกณฑ์ข้างต้น พบ ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าระดับต่างๆกัน ตามตาราง 2 ดังนี้

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า

ระดับภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	S.D.	N	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)	5.70	3.44	96	64.9
เล็กน้อย	15.47	1.64	30	20.3
ปานกลาง	21.44	1.79	18	12.2
รุนแรง	25.75	0.96	4	2.6
รวม			148	100.0

จากตาราง 2 พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มรวมทั้งหมดเทียบกับเกณฑ์ พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ) ดังแสดงผลในตาราง 3

ตาราง 3 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์กลุ่มรวม

N	$\bar{X}$	S.D.	ระดับภาวะซึมเศร้า
148	10.14	7.04	ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)

เมื่อวิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในกลุ่มย่อย จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา ได้ผลตามตาราง 4

ตาราง 4 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S.D.	ระดับภาวะซึมเศร้า
<b>เพศ</b>				
ชาย	24	6.88	6.80	ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)
หญิง	124	10.77	6.93	ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)
<b>อายุ</b>				
60 – 70 ปี	23	8.09	6.30	ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)
71 – 75 ปี	38	13.39	7.99	เล็กน้อย
มากกว่า 75 ปี	87	9.25	6.36	ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)
<b>สถานภาพสมรส</b>				
โสด	50	8.24	6.63	ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)
ไม่โสด	98	11.10	7.07	ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S.D.	ระดับภาวะซึมเศร้า
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ไม่ได้เรียน	32	10.78	7.80	ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)
ประถมศึกษา	80	10.83	7.13	ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)
มัธยมศึกษา	24	8.88	6.17	ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)
สูงกว่ามัธยมศึกษา	12	6.33	4.72	ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)
<b>อาชีพ</b>				
รับราชการ	19	8.74	6.85	ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)
ธุรกิจส่วนตัว	35	10.31	6.97	ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)
เกษตรกรรม	15	9.27	4.99	ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)
อื่นๆ	79	10.56	7.48	ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)
<b>ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์</b>				
น้อยกว่า 1 ปี	16	11.88	6.41	ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)
1 – 5 ปี	47	9.79	7.02	ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)
มากกว่า 5 ปี	85	10.00	7.19	ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)
<b>สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์</b>				
สมัครใจเข้ามาอยู่	125	9.60	6.60	ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)
บุตรหลานหรือญาติพามา	23	13.04	8.67	เล็กน้อย
<b>ระดับการสนับสนุนทางสังคม</b>				
ต่ำ	71	14.31	6.50	เล็กน้อย
สูง	77	6.29	5.05	ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)

จากตาราง 4 พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่มีอายุ 71–75 ปี ที่บุตรหลานหรือญาติพามาอยู่ในสถานสงเคราะห์ และผู้สูงอายุที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

ส่วนผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในกลุ่มย่อยอื่นๆ ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)

## 2.2 การสนับสนุนทางสังคม

เกณฑ์การประเมินระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และ รายด้าน ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	คะแนนรวม (38 –190 )	คะแนนรายด้าน (7-40 )
ต่ำมาก	38 - 68	7 - 13
ต่ำ	69 - 99	14 - 20
ปานกลาง	100 - 130	21 - 27
สูง	131 - 161	28 - 34
สูงมาก	162 - 190	35 - 40

เมื่อวิเคราะห์จำนวนผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม ได้ผลตามตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>รวม 5 ด้าน</b>		
ต่ำมาก	0	0.0
ต่ำ	22	14.9
ปานกลาง	56	37.8
สูง	54	36.5
สูงมาก	16	10.8
รวม	148	100.0

ตาราง 5 (ต่อ)

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน</b>		
ต่ำมาก	11	7.4
ต่ำ	35	23.6
ปานกลาง	48	32.4
สูง	43	29.1
สูงมาก	11	7.4
รวม	148	100.0
<b>ด้านการมีส่วนร่วมหรือ เป็นส่วนหนึ่ง ของสังคม</b>		
ต่ำมาก	3	2.0
ต่ำ	20	13.5
ปานกลาง	34	23.0
สูง	52	35.1
สูงมาก	39	26.4
รวม	148	100.0
<b>ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น</b>		
ต่ำมาก	6	4.1
ต่ำ	27	18.2
ปานกลาง	85	57.4
สูง	30	20.3
สูงมาก	-	-
รวม	148	100.0

ตาราง 5 (ต่อ)

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>ด้านความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน</b>		
ต่ำมาก	3	2.0
ต่ำ	27	18.2
ปานกลาง	67	45.3
สูง	47	31.8
สูงมาก	4	2.7
รวม	148	100.0
<b>ด้านการได้รับความช่วยเหลือและ คำแนะนำในด้านต่างๆ</b>		
ต่ำมาก	1	0.7
ต่ำ	18	12.2
ปานกลาง	70	47.3
สูง	44	29.7
สูงมาก	15	10.1
รวม	148	100.0

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มรวมทั้งหมดเทียบกับเกณฑ์ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่างๆกัน ดังแสดงผลในตาราง 6

ตาราง 6 ระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และ รายด้าน ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

การสนับสนุนทางสังคม	N	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
<b>รวม 5 ด้าน</b>	148	128.64	23.72	ปานกลาง
ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน	148	24.06	6.97	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วมหรือ เป็นส่วนหนึ่งของสังคม	148	29.03	7.90	สูง
ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น	148	23.91	4.94	ปานกลาง
ด้านความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน	148	25.11	5.25	ปานกลาง
ด้านการได้รับความช่วยเหลือ และคำแนะนำในด้านต่างๆ	148	26.52	5.68	ปานกลาง

จากตาราง 5 - 6 แสดงว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมรวม 5 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 37.8) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 35.1) ส่วนระดับการสนับสนุนทางสังคม ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน (ร้อยละ 32.4) ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น (ร้อยละ 57.4) ด้านความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน (ร้อยละ 45.3) และด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่างๆ (ร้อยละ 47.3) จัดอยู่ในระดับปานกลาง

**ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ เมื่อจำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์ และการสนับสนุนทางสังคม**

3.1 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ เมื่อจำแนกตาม เพศ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย

ดังผลที่แสดงไว้ในตาราง 7

ตาราง 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จำแนกตาม เพศ

เพศ	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ชาย	24	6.88	6.80	-2.53*	.007
หญิง	124	10.77	6.93		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 df (.05 , 146 )

จากตาราง 7 พบว่า ผู้สูงอายุ เพศหญิง มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

3.2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ เมื่อจำแนกตามอายุ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้า แตกต่างกัน ดังผลที่แสดงไว้ในตาราง 8 -9

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จำแนกตามอายุ

ระดับอายุ	N	$\bar{X}$	S.D.
60 – 70 ปี	23	8.09	6.30
71 – 75 ปี	38	13.39	7.99
มากกว่า 75 ปี	87	9.25	6.36

ตาราง 9 วิเคราะห์ความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	567.96	283.98	6.14*	.003
ภายในกลุ่ม	145	6711.34	46.29		
รวม	147	7279.30			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 df ( 3 , 144 )

จากตาราง 9 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับอายุต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 และได้ทดสอบค่าความแตกต่างเป็นรายคู่ เพื่อหาว่า ในผู้สูงอายุที่มีระดับอายุต่างกันทั้ง 3 กลุ่มนี้ มีคู่ใดบ้างที่มีระดับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน โดยใช้วิธี LSD (Least Significant Difference) ได้ผลดังในตาราง 10

ตาราง 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ที่มีอายุแตกต่างกัน

อายุ	71 - 75 ปี	60 - 70 ปี	มากกว่า 75 ปี
$\bar{X}$	8.09	9.25	13.39
60 - 70 ปี	8.09	-	1.16
มากกว่า 75 ปี	9.25	-	4.14*
71-75 ปี	13.39	-	-

จากตาราง 10 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 71- 75 ปี มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ถึง 70 ปี และที่มีอายุมากกว่า 75 ปี ส่วนผู้สูงอายุคู่อื่น มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

3.3 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ เมื่อจำแนกตาม สถานภาพสมรส เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าไม่โสด

ดังผลที่แสดงไว้ในตาราง 11

ตาราง 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p
โสด	50	8.24	6.63	-2.38*	.009
ไม่โสด	98	11.10	7.07		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 df (.05 , 146 )

จากตาราง 11 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าไม่โสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

3.4 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา แตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ดังผลที่แสดงไว้ในตาราง 12 -13

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถาน  
สงเคราะห์ จำแนกตาม ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	N	$\bar{X}$	S.D.
ไม่ได้เรียน	32	10.78	7.80
ประถมศึกษา	80	10.83	7.13
มัธยมศึกษา	24	8.88	6.17
สูงกว่ามัธยมศึกษา	12	6.33	4.72

ตาราง 13 วิเคราะห์ความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จำแนก  
ตาม ระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	262.99	87.66	1.79	.150
ภายในกลุ่ม	144	7016.31	48.72		
รวม	147	7279.30			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 df ( 3 , 144 )

จากตาราง 13 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับ การศึกษาต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน  
ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4

3.5 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ เมื่อจำแนกตาม อาชีพ  
เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพ ต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ดังผลที่แสดงไว้ในตาราง 14 -15

ตาราง 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถาน  
สงเคราะห์ จำแนกตาม อาชีพ

อาชีพ	N	$\bar{X}$	S.D.
รับราชการ	19	8.74	6.85
ธุรกิจส่วนตัว	35	10.31	6.97
เกษตรกรรม	15	9.27	4.99
อื่นๆ	79	10.56	7.48

ตาราง 15 วิเคราะห์ความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จำแนก  
ตาม อาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	63.64	21.21	.42	.737
ภายในกลุ่ม	144	7215.65	50.11		
รวม	147	7279.29			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 df ( 3 , 144 )

จากตาราง 15 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่  
สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5

3.6 เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ เมื่อจำแนกตามระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์เป็นระยะเวลานานกว่า มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์เป็นระยะเวลาน้อยกว่า

ดังผลที่แสดงไว้ในตาราง 16 -17

ตาราง 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์ จำแนกตาม ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์

ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์	N	$\bar{X}$	S.D.
น้อยกว่า 1 ปี	16	11.88	6.41
1 – 5 ปี	47	9.79	7.02
มากกว่า 5 ปี	85	10.00	7.19

ตาราง 17 วิเคราะห์ความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จำแนกตามระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	55.68	27.84	.56	.573
ภายในกลุ่ม	145	7223.62	49.82		
รวม	147	7279.30			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 df ( 2 , 145 )

จากตาราง 17 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์เป็นระยะเวลาต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6

3.7 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ เมื่อจำแนกตามสาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ มีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่บุตรหลานหรือญาติพามา

ดังผลที่แสดงไว้ในตาราง 18

ตาราง 18 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จำแนกตามสาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์

สาเหตุที่เข้ารับบริการ ในสถานสงเคราะห์	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p
สมัครใจเข้าอยู่	125	9.60	6.60	-1.81*	.041
บุตรหลานหรือญาติพามา	23	13.04	8.67		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 df (.05 , 146 )

จากตาราง 18 พบว่า ผู้สูงอายุ ที่สมัครใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ มีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่บุตรหลานหรือญาติพามา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7

3.8 เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 8 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ดังผลที่แสดงไว้ในตาราง 19

ตาราง 19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์จำแนกตามระดับสนับสนุนทางสังคม

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ต่ำ	71	14.31	6.50	8.33*	.000
สูง	77	6.29	5.05		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 df (.05 , 146 )

จากตาราง 19 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8

#### ตอนที่ 4 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้าน กับ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

การศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 9 ที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กันเชิงลบ

ดังผลที่แสดงไว้ในตาราง 20

ตาราง 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

	การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	ด้านความใกล้ชิด	ด้านการมีส่วนร่วม	ด้านการมีประโยชน์	ด้านความมีคุณค่า	ด้านการได้รับความช่วยเหลือ	ภาวะซึมเศร้า
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	1.00	.82**	.83**	.76**	.72**	.81**	-.67**
•ด้านความใกล้ชิด		1.00	.58**	.43**	.46**	.67**	-.57**
•ด้านการมีส่วนร่วม			1.00	.61**	.44**	.58**	-.58**
•ด้านการมีประโยชน์				1.00	.59**	.46**	-.50**
•ด้านความมีคุณค่า					1.00	.46**	-.47**
•ด้านการได้รับความช่วยเหลือ						1.00	-.50**
ภาวะซึมเศร้า							1.00

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 20 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ มีความสัมพันธ์กันเชิงลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9

ตอนที่ 5 ผลการศึกษาอำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้า โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาสนำประโยชน์ต่อผู้อื่น ความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน และด้านการได้รับความช่วยเหลือ และคำแนะนำในด้านต่างๆ

การศึกษาตัวทำนายที่มีนัยสำคัญหรือมีประสิทธิภาพสูงในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นๆ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 9 ที่ว่า ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน สามารถทำนายและร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ดังแสดงผลในตาราง 21

ตาราง 21 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน เป็นตัวแปรทำนาย และภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรเกณฑ์ (N =148)

ตัวแปรทำนาย	R	R <sup>2</sup>	F Change	b	$\beta$	t
1. ด้านการมีส่วนร่วม	.583	.340	75.230***	-.334	-.336	-4.302
2. ด้านความใกล้ชิด	.647	.418	52.079***	-.285	-.282	-3.564
3. ด้านความมีคุณค่า	.667	.445	38.548***	-.257	-.192	-2.665
constant	= 33.140					

\*\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 21 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อค้นหาตัวแปรทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน (ด้านความใกล้ชิด ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการมีประโยชน์ ด้านความมีคุณค่า และ ด้านการได้รับความช่วยเหลือ) พบว่า ตัวแปรที่สำคัญในการเข้าสู่สมการเพื่อการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ มี 3 ตัวแปรคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วม ด้านความใกล้ชิด และ ด้านความมีคุณค่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 บางส่วน โดยตัวแปรทำนายอันดับแรกที่เข้าสู่สมการคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วม อันดับที่ 2 คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิด และอันดับสุดท้ายคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านความมีคุณค่าแห่งตน ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัว สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ได้ร้อยละ 44.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ซึ่งสามารถนำมาเขียนให้อยู่ในรูปของสมการคะแนนดิบได้ดังนี้

$$PRE = 33.140 - .334 (\text{sup.2}) - .285 (\text{sup.1}) - .257 (\text{sup. 4})$$

และเมื่ออยู่ในรูปของสมการคะแนนมาตรฐานคือ

$$Z_{PRE} = -.336_{\text{sup.2}} - .282_{\text{sup.1}} - .192_{\text{sup. 4}}$$

## บทที่ 5

### บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การสรุปและอภิปรายผล แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

1. ระเบียบวิธีการวิจัย
2. สรุปและอภิปรายผลการศึกษาวิจัย

#### ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ และสาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค ตลอดจนตรวจสอบดูว่าการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน มีด้านใดที่มีความสำคัญสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค ซึ่งสรุปขั้นตอนและผลการศึกษาได้ดังนี้

#### จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์ ผู้สูงอายุบ้านบางแค
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มี เพศ ระดับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์ และระดับการสนับสนุนทางสังคม ที่แตกต่างกัน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค
4. เพื่อค้นหาตัวทำนายที่สำคัญในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน

#### สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย

2. ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าไม่โสด
4. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุเป็นระยะเวลา นานกว่า มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุเป็นระยะเวลา น้อยกว่า
7. ผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ บุตรหลานหรือญาติพามา
8. ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ
9. การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันเชิงลบ
10. ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน สามารถทำนายและร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

### วิธีดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค ได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ( Purposive Sampling )
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน
  - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ และสาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์
  - ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (นิพนธ์ พวงวรินทร์; และคนอื่นๆ.2537) ลักษณะของแบบวัดความซึมเศร้า เป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” จำนวน 30 ข้อ มีความเชื่อมั่นแบบแอลฟา (Alpha – Coefficient) เท่ากับ .86
  - ส่วนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัย และคณะ (ชลธิชา บุญศิริ, จินตนา เหลืองศิริเธียร และธนิศา คุณวัฒน์) สร้างขึ้น มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 38 ข้อ มีความเชื่อมั่นแบบแอลฟา (Alpha – Coefficient) เท่ากับ .90

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งกำหนดเนื้อหาและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็น 5 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรต่างๆ ดังนี้คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ และสาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์ ใช้ความถี่ และ ร้อยละ

ตอนที่ 2 ระดับภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านของผู้สูงอายุ ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เมื่อจำแนกตามตัวแปรต่างๆ ดังต่อไปนี้คือ เพศ สถานภาพสมรส สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์ และระดับการสนับสนุนทางสังคม ใช้สถิติที (t-test) ทดสอบ ส่วนอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ ใช้สถิติเอฟ (F-test) ทดสอบ และตรวจสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธี LS (Least Significant Difference) ในกรณีที่พบว่า F-test มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ใช้วิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ตอนที่ 5. การศึกษาอำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

## สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

### สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ตอนที่ 1

ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.8) มีอายุมากกว่า 75 ปี (ร้อยละ 58.8) มีสถานภาพสมรสไม่โสด (ร้อยละ 66.2) มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 54.1) มีอาชีพอื่น ๆ นอกเหนือจากอาชีพ รับราชการ ธุรกิจส่วนตัว และ เกษตรกรรม (ร้อยละ 53.4) อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์นานมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 57.4) และ สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์ ส่วนใหญ่สมัครใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ (ร้อยละ 84.5)

## ตอนที่ 2

ผลภาวะซึมเศร้า และระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ) ร้อยละ 64.9 ส่วนระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 37.8 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 35.1 ส่วนระดับการสนับสนุนทางสังคม ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน และ ด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่างๆ ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 32.4 57.4 45.3 และ 47.3 ตามลำดับ

## ตอนที่ 3

ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค ซึ่งมีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์ และการสนับสนุนทางสังคม แตกต่างกัน พบว่า

1. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้า สูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค ที่มีอายุต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 71- 75 ปี มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 70 ปี และที่มีอายุมากกว่า75ปี ส่วนผู้สูงอายุคู่อื่นมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค ที่มีสถานภาพสมรสโสด มีภาวะซึมเศร้า ต่ำกว่าไม่โสด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแคที่มีอาชีพต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์เป็นระยะเวลาต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน
7. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค ที่สมัครใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่บุตรหลานหรือญาติพามา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

8. ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันเชิงลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตอนที่ 5

การศึกษาอำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยใช้การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน พบว่า ตัวแปรที่สำคัญในการเข้าสู่สมการเพื่อการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ มี 3 ตัวแปร โดยตัวแปรที่เข้าสู่สมการเป็นอันดับแรกคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วม สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ได้ร้อยละ 34.0 ตัวแปรทำนายอันดับที่ 2 คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิด สามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 41.8 และ ตัวแปรทำนายอันดับที่ 3 คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านความมีคุณค่า สามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 44.5 สรุปว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัวนี้สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ได้ร้อยละ 44.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านการมีประโยชน์ต่อผู้อื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆไม่สามารถเข้าไปในสมการทำนายเนื่องจากมีอิทธิพลต่อการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุน้อย

## อภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค ผู้วิจัยได้ศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมและเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าตามตัวแปรต่างๆ รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า ตลอดจนศึกษาอำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ซึ่งอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

1. จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีวรรณ ตันศิริ (2535: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวสม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศวาร์้อยละ

77.5 ส่วนใหญ่มีความซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยและปานกลางร้อยละ 47.2 และ 45.5 ตามลำดับ จากการศึกษาของ จันทิมา จารณศรี (2539: 102) ที่ศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 58.10 และจากการศึกษาความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ของ มาโนช ทับมณี (2544: 50) พบว่ามีความชุกของความซึมเศร้าร้อยละ 35.1

จากความแตกต่างของผลการศึกษาดังกล่าวอาจเป็นเพราะ เมื่อสิบปีที่แล้ว สวัสดิการสังคมและการสงเคราะห์ผู้สูงอายุยังขาดการสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอ จึงทำให้การดำเนินงานให้บริการแก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะในสถานสงเคราะห์ทำได้ค่อนข้างจำกัด จึงตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุได้น้อย ในปัจจุบันปัญหาของผู้สูงอายุได้รับความสนใจจากหน่วยงานต่างๆมากขึ้น และมีการแก้ไข้ปัญหาของผู้สูงอายุมากขึ้น สวัสดิการสังคมและการสงเคราะห์ต่างๆดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจมากขึ้น จึงทำให้ผลการศึกษาแตกต่างกัน ประกอบกับการศึกษาผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในครั้งนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีวัยใกล้เคียงกัน มีปัญหาค้ำยกัน เมื่อมาอยู่รวมกัน ได้พูดคุยปรับทุกข์และมองเห็นปัญหา ร่วมกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ได้มาก นอกจากนี้ทางสถานสงเคราะห์ยังมีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆตามความสามารถและความสมัครใจของแต่ละคน เช่น มีชมรมงานฝีมือต่างๆ ได้แก่ เย็บผ้า ดอกไม้ประดิษฐ์ ของชำร่วย โดยได้ส่วนแบ่งผลกำไรเป็นค่าแรงถึงร้อยละ 70 ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภูมิใจในความสามารถของตน มีความเพลิดเพลิน และรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่า และในแต่ละวันก็มีการจัดตารางกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุค่อนข้างชัดเจน เช่น ออกกำลังกาย รำไทเก๊ก นั่งสมาธิ นิมนต์พระสงฆ์มารับบิณฑบาตรตอนเช้า รวมทั้งมีสวัสดิการด้านต่างๆ ได้แก่ จัดให้มีปัจจัยสี่ที่จำเป็นต่อชีวิต บริการด้านการรักษาพยาบาลโดยมีแพทย์มาตรวจรักษาโรคทั่วไปสัปดาห์ละครั้ง และมีเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงคอยดูแลตลอด 24 ชั่วโมง มีการตรวจสุขภาพประจำปี มีนักสังคมสงเคราะห์คอยให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหา พื้นฟูสภาพให้ผู้สูงอายุมีความอบอุ่นใจ ตลอดจนวาระสุดท้ายของชีวิตก็มีการจัดการฅาปนกิจศพผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติจัดการให้ ทำให้ผู้สูงอายุคลายความกังวลเรื่องบั้นปลายชีวิต ดังที่ผู้สูงอายุหลายท่านได้ให้สัมภาษณ์ว่า “ชีวิตไม่ห่วงอะไรอีกแล้ว มีอาหารให้รับประทาน มีที่พัก และมีคนจัดการศพให้เมื่อเสียชีวิต แค่นี้ก็ดีใจแล้ว” นอกจากนี้ในแต่ละวันจะมีบุคคลภายนอก นักเรียน นักศึกษา มาเยี่ยมเยียน มอบเครื่องอุปโภคบริโภค และจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุค่อนข้างบ่อย และในโอกาสเทศกาลสำคัญต่างๆ เช่น วันขึ้นปีใหม่ วันสงกรานต์ วันแม่ ทางสถานสงเคราะห์ก็มีการจัดกิจกรรมสังสรรค์ร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุคลายความเหงาเศร้าได้มาก จากเหตุผลดังกล่าวจึงเป็นการสนับสนุนได้ว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ บ้านบางแคส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่ามีผู้สูงอายุ

บางกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ซึ่งแสดงถึงภาวะจิตใจที่เริ่มมีปัญหา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 71-75 ปี ผู้สูงอายุที่บุตรหลานหรือญาติพามาอยู่ในสถานสงเคราะห์ และผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ดังนั้นจึงเป็นที่น่าสนใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มดังกล่าวอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้น

2. จากการศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคม ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค พบว่า ผู้สูงอายุมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม การสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิด รักใคร่ผูกพัน ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน และด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่างๆ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ตรึงเนตร พรรณดวงเนตร (2544: 17) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ รวิวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล (2547: 69) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง

จากผลการศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า ดังที่กล่าวมาแล้วในข้อแรกที่ว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆตามความสามารถ และความสมัครใจ จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกที่ตนได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ได้อยู่เฉยๆ และการทำกิจกรรมต่างๆ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นด้วยการพูดคุยกับผู้สูงอายุท่านหนึ่งได้แล้วว่า เมื่อมีเวลว่างก็จะไปช่วยดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้จากการสูงอายุและเจ็บป่วย ซึ่งพักอยู่ที่เรือนพยาบาลของสถานสงเคราะห์ เพราะรู้สึกสงสาร และยังมีกำลังพอช่วยได้ก็อยากทำ และรู้สึกภูมิใจที่ได้มีโอกาสทำประโยชน์ต่อผู้อื่น ส่วนการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่างๆนั้นเนื่องจาก ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค แบ่งประเภทผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มคือ ประเภทสามัญ ประเภทหอพัก และพิเศษ ซึ่งประเภทสามัญไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ส่วนประเภทหอพักแบ่งเป็นห้องเดี่ยว และห้องคู่ โดยเสียค่าบริการรายเดือน และประเภทพิเศษ เป็นบังกะโลที่ผู้สูงอายุสามารถสร้างตามแบบแปลนของกรมประชาสงเคราะห์ โดยสร้างในเนื้อที่ของสถานสงเคราะห์ ดังนั้นผู้สูงอายุส่วนหนึ่งจะยังคงได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่างๆจากบุตรหลานและเพื่อนฝูง บางส่วนที่ไม่มีญาติก็จะได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ของสถานสงเคราะห์ ซึ่งมีหน้าที่ดูแลความเรียบร้อยและให้ความช่วยเหลือและนอกจากผู้สูงอายุจะได้รับความช่วยเหลือด้านปัจจัยเครื่องอุปโภคบริโภคจากทางสถานสงเคราะห์จัดให้แล้ว ยังได้รับจากบุคคลภายนอกที่มาเยี่ยมเยียนค่อนข้างบ่อย จากคำบอกเล่าของผู้สูงอายุ

หลายท่านแล้วว่า ได้รับเงินบริจาคบ่อยๆ และมีเงินเก็บไว้ใช้จ่ายได้ นอกจากนี้ทางสถานสงเคราะห์ยังมีแพทย์มาตรวจรักษาโรคทั่วไปสัปดาห์ละครั้ง ส่วนด้านการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุสามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลต้นสังกัดบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยจะมีเจ้าหน้าที่พาไปตรวจตามนัด ส่วนด้านสันตนาการ ทางสถานสงเคราะห์ได้จัดห้องคูทิวี หนังสือพิมพ์ ไว้ให้เป็นที่พักผ่อน และทุกเช้าก็จะมีการอ่านข่าวในระบบเสียงตามสายให้ผู้สูงอายุฟัง

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า การบริการและสวัสดิการทางสังคมในด้านต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์มีความสำคัญต่อความรู้สึกและสภาพจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ที่จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนไม่ได้ถูกทอดทิ้งโดยสิ้นเชิง อย่างน้อยยังมีผู้มองเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงควมมีคุณค่าแห่งตน และดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นบุคคล

3. การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์กับผู้สูงอายุบ้านบางแค จำแนกตามตัวแปร

3.1 เพศ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายอย่างน้อยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์(2529: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีวรรณ ตันศิริ (2535: 399) ที่ศึกษาผลการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศน์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีความซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา จารณศรี (2539: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาทางสุขภาพจิต มากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60.40 เช่นเดียวกับรายงานการศึกษาของแพทย์เฉพาะทางพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (อรพรรณ ทองแดง; และคณะ. 2542: 297) และจากการศึกษาของ มาโนช ทับมณี (2544: 50) ที่ศึกษาความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีความซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รวีวรรณ ลีมาสวัสดิ์กุล (2547: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว และสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มี เพศ ต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน และผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนใหญ่มีการเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าผู้สูงอายุชาย และจากการศึกษาของจุฑารัตน์ สิริปัญญา; และ พรชัย สิริปัญญา(2548: 34) ที่ศึกษาปัจจัยที่

มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิง

จากผลการศึกษาศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า อาจเป็นผลกระทบจากภาวะทางประชากรศาสตร์ในเรื่องโครงสร้างเพศของประชากรสูงอายุ ที่มีผู้สูงอายุผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในทุกกลุ่มอายุสูงๆ อัตราส่วนผู้หญิงต่อผู้ชาย 1 คน จะยิ่งสูงขึ้นเมื่อประชากรยังมีอายุสูงขึ้น และจะยิ่งเห็นได้ชัดในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย และเพศหญิงมีอายุชั้ยยืนยาวกว่าเพศชาย โดยอายุชั้ยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของกรุงเทพมหานคร ชายเท่ากับ 66.7 ปี หญิงเท่ากับ 74.5 ปี (ปราโมทย์ ประสาทกุล; และ ปัทมาว่าพัฒน์วงศ์. 2546: 5 ,9) จึงมีโอกาสที่จะพบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย หรืออาจเกี่ยวเนื่องจาก การแสดงออกของความซึมเศร้าในเพศชายกับเพศหญิงมีความแตกต่างกัน ซึ่งเพศชายส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะเก็บกดความซึมเศร้าไว้มาก และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของความซึมเศร้าไปแสดงออกในทางอื่นได้มากกว่า ในขณะที่เพศหญิงจะมีความรู้สึกอ่อนไหว และมีพฤติกรรมต่างๆในทางที่ต้องการความช่วยเหลือ ทั้งยังสามารถแยกแยะอาการเจ็บป่วยของตนได้มากกว่าเพศชาย จึงทำให้พฤติกรรมและอาการที่แสดงออกของโรคซึมเศร้าในเพศหญิงเห็นได้ชัดเจนกว่าเพศชาย (มานิช ทับมณี. 2544: 50; อ้างอิงจาก วิจารณ์ วิชัยยะ. 2533 หน้า 21 ) นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากปัจจัยทางชีวภาพของเพศหญิงที่มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยทอง จึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิง มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย

3.2 อายุ จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 71- 75 ปี มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 70 ปี และมากกว่า75ปี ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์(2529: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่างกัน เช่นเดียวกับ สายยนต์ เจริญขำ(2535: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า โดยผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของทิพากร ปัญญาใหญ่; วัชณี หัตถพนม; และละเอียด ปัญญาใหญ่ (2539: ออนไลน์) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่น พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รวิวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล (2547: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการเห็น

คุณค่าในตนเอง ความว่าเหว่ และสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว่ และสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของนางลักษณ์ บุญไทย (2539: 148) ที่ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่า อาจเป็นผลกระทบจากภาวะทางประชากรศาสตร์ในเรื่องโครงสร้างอายุของประชากรสูงอายุที่มีแนวโน้มการสูงอายุเพิ่มขึ้น (ปราโมทย์ ประสาทกุล; และ ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. 2546: 5) อาจจากวิวัฒนาการด้านสาธารณสุขไทยและทั่วโลก ทำให้ประชากรมีแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น และมีสุขภาพแข็งแรงมากขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-70 ปี จึงยังสามารถดูแลตัวเองและทำกิจกรรมต่างๆได้ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่า สามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้ และมีความภูมิใจ ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 71-75 ปี จะมีปัญหาทางสุขภาพมากขึ้นเช่น ตาฝ้า มือสั่น ข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น จึงทำกิจกรรมต่างๆได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความเสื่อมถอยของร่างกายอย่างเห็นได้ชัด ประกอบกับการที่เคยช่วยเหลือตัวเองได้ ก็ลดน้อยลง จนต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้จิตใจหดหู่ และคิดถึงบั้นปลายชีวิตมากขึ้น สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ มากกว่า 75 ปี จะรู้สึกยอมรับสภาพสังขารของตนเองได้มากขึ้น จึงเป็นการสนับสนุนผลการศึกษาที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

3.3 สถานภาพสมรส จากการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าไม่โสด อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีวรรณ ดันศิริ (2535: 399) ที่ศึกษาผลการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราวาระสนะเวศน์จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก มีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดและคู่ เช่นเดียวกับทิพากร ปัญญาใหญ่; วชิณี หัตถพนม; และละเอียด ปัญญาใหญ่ (2539: ออนไลน์) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่น พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของจันทิมา จารณศิริ (2539: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่าร้าง มีปัญหาทางสุขภาพจิตมากที่สุด แต่สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต เช่นเดียวกับการศึกษาของตริงเนตร พรรณดวงเนตร (2544: 17) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และจากการศึกษาของ นางลักษณ์ บุญไทย (2539:

148) ที่ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาดังกล่าว อธิบายได้ว่าในสภาพสังคมปัจจุบัน แนวโน้มของผู้ที่อยู่เป็นโสดมีมากขึ้น โดยเฉพาะผู้หญิง เนื่องจากสังคมเปิดโอกาสให้ผู้หญิงมีสิทธิ์มีเสียงในสังคม และให้การยอมรับความสามารถของผู้หญิงมากขึ้น ทำให้เพศหญิงสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้เกือบจะเท่าเทียมกับเพศชาย ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโดยอ้อมมีความรู้สึกมีอิสระและมีความเป็นส่วนตัว ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจากการที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเองมาตลอด ส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่โสด ซึ่งรวมถึง คู่ และหม้าย/หย่า นอกจากจะประสบปัญหาการสูญเสียชีวิตไป ทำให้ต้องปรับตัวกับการที่ต้องอยู่คนเดียว โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานหรือบุตรหลานไม่สามารถให้การดูแลได้ ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม และยังคงมาอยู่ในสถานสงเคราะห์ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว เหงาเศร้าได้มาก หรือแม้แต่ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ ก็อาจมีความกังวลและห่วงใยซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความทุกข์ใจได้ จึงอาจเป็นเหตุผลที่ว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าไม่โสด

3.4 ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา จารณศรี (2539: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการศึกษากับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพากร ปัญญาใหญ่; วัชณี หัตถพนม; และละเอียด ปัญญาใหญ่ (2539: ออนไลน์) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า สำหรับการศึกษาของ นงลักษณ์ บุญไทย (2539: 149) ที่ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังมีจำนวนปี การศึกษามาก ยิ่งมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับการศึกษาของ เขียวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์(2529: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และอภิญา กังสนารักษ์; และนัยพินิจ คชภักดี(2533: 14 - 22) ที่ศึกษาความสามารถทางสติปัญญา: การเรียนรู้และความจำระยะสั้น กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ซึ่งต่างก็พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแตกต่างกัน ( $p < .05$ )

จากผลการศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า ในสภาพสังคมปัจจุบันมีการเผยแพร่ความรู้ข่าวสารทางสื่อต่างๆได้มากมายเช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต และบุคคลทั่วไปสามารถรับทราบข่าวสารจากสื่อดังกล่าวได้ค่อนข้างสะดวก รวดเร็ว นอกจากนี้การศึกษาเรียนรู้มิใช่เพียงแค่การเรียนรู้ในตำราบทเรียนหรือในโรงเรียนเท่านั้น แต่ยังสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ซึ่งเป็นประสบการณ์ชีวิตนั่นเอง จึงทำให้การเรียนรู้เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับความสนใจของแต่ละคน ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ มีความเป็นอยู่ที่เสมอภาคกัน มีกฎระเบียบร่วมกัน ทุกคนมีสิทธิในการเรียนรู้หรือทำกิจกรรมเท่าเทียมกันตามความถนัดและสมัครใจไม่มีการแบ่งแยกระดับการศึกษา ดังนั้น การศึกษาจึงเป็นเพียงการชี้แนะให้บุคคลมีการเรียนรู้มากขึ้น จึงไม่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า

3.5 อาชีพ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทิมา จารณศรี (2539: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า อาชีพเดิมกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กัน เช่นเดียวกับการศึกษาของรวิวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล (2547: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหวและสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมแตกต่างกัน มีการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว และสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของทิพากร ปัญญาใหญ่; วัชนี หัตถพนม; และละเอียด ปัญญาใหญ่ (2539: ออนไลน์) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับ จุฑารัตน์ สติรปัญญา; และ พรชัย สติรปัญญา(2548: 34) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการ หรือธุรกิจส่วนตัว มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรรม/งานบ้าน

จากผลการศึกษา อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ผู้วิจัยทำการศึกษารั้งนี้ ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 75 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.8 (ตาราง 1) ซึ่งนับว่าได้ผ่านประสบการณ์ชีวิตมากมาย ดังนั้นอาชีพเดิมของผู้สูงอายุ จึงเป็นเพียงอดีตที่ผ่านมา และผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ต่างก็มีกิจวัตรประจำวันที่คล้ายคลึงกัน ส่วนงานอดิเรก ทางสถานสงเคราะห์จัดให้ตามความเหมาะสมกับผู้สูงอายุโดยรวม ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเลือกตามความถนัด ความสนใจ และความสมัครใจของแต่ละคน ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมต่างกัน จึงมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

3.6 ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุเป็นระยะเวลาต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับ

สมมติฐานข้อ 6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา จารณศรี (2539: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ระยะเวลาในการเข้ารับบริการการสงเคราะห์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กัน และสอดคล้องกับการศึกษาของตริงเนตร พรรณดวงเนตร (2544: 17) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ พบว่า ระยะเวลาในการเข้ารับการอุปการะในสถานสงเคราะห์ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

จากผลการศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุอยู่ในสถานสงเคราะห์ ซึ่งเป็นเสมือนบ้านพักของคนวัยเดียวกัน มีปัญหาคล้ายกัน ดังนั้นจึงสามารถพูดคุยสื่อสารกัน มีการปรับทุกข์กันได้ และการที่ทางสถานสงเคราะห์จัดให้มีกิจกรรม งานอดิเรกสำหรับผู้สูงอายุนั้น ทำให้ผู้สูงอายุได้ใช้เวลาสังสรรค์ร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนยังมีความสามารถ และการที่ทางสถานสงเคราะห์จัดให้มีการทัศนศึกษาออกสถานที่เช่น ชมละคร ฟังเพลง ทำให้ผู้สูงอายุมีโลกทัศน์กว้างขึ้นและเป็นการเปลี่ยนบรรยากาศ นอกจากนี้ การที่มีบุตรหลาน ตลอดจนบุคคลภายนอกมาเยี่ยมเยียน นำสิ่งของเครื่องอุปโภคบริโภค มามอบให้ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุคลายความเหงาเศร้าและรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นางลักษณีย์ บุญไทย (2539: 156) ที่ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อน บุตรหลานหรือญาติมาก มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุยังมีอิสระในการดำรงชีวิต และมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จึงทำให้ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ ไม่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ นอกจากนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุที่ตอบแบบวัดในครั้งนี้ ได้อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์มาเป็นเวลานานแล้ว ความรู้สึกซึมเศร้านั้นอาจจะลืมนไปแล้ว

3.7 สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค ที่สมัครใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่บุตรหลานหรือญาติพามา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของรวีวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล (2547: 72) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว และสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุที่มีสาเหตุการเข้ารับการสงเคราะห์ต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ค่านิยมในสังคมไทยยังมีพื้นฐานทางด้านวัฒนธรรมประเพณีที่คาดหวังว่าการดูแลพ่อแม่เป็นหน้าที่ของบุตร หรือสมาชิกอื่นในครอบครัว จากการศึกษาของ จันทรเพ็ญ แสงเทียนฉาย(2536: 23-24) ที่ศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการพักอาศัยในบ้านพักคนชรา พบว่า ส่วนมากมีทัศนคติในทางลบต่อสถานสงเคราะห์คนชรา จากการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นความจริงว่า ระบบ

ครอบครัวยังคงเป็นความหวังของผู้สูงอายุที่จะได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากบุตรหลาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ บุญไทย (2539: 155) ที่ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการช่วยเหลือจากบุตรหลานหรือญาติมาก มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ผู้วิจัยทำการศึกษาคั้งนี้ มีสาเหตุของการเข้ารับบริการแตกต่างกัน ส่วนใหญ่สมัครใจเข้าอยู่ร้อยละ 84.5 (ตาราง 1) ด้วยหลายๆเหตุผล เช่น บุตรหลานต้องทำงานไม่มีเวลาดูแล และเป็นโสด ไม่มีอะไรต้องห่วง จึงสมัครใจมาอยู่ในสถานสงเคราะห์ อย่างน้อยก็ยังมีเพื่อน บ้างก็มีเหตุผลว่า เห็นบุตรหลานมีความมั่นคงดีแล้วก็หมดห่วง อยากแยกตัวเองออกมา จะได้ไม่ต้องให้บุตรหลานมาเป็นห่วงตน บ้างก็มีเหตุผลว่า สาเหตุที่สมัครใจเข้าอยู่เนื่องจากคู่สมรสถึงแก่กรรม และไม่มีบุตรหลาน ส่วนผู้สูงอายุที่บุตรหลานหรือญาติพา มา จะมีความรู้สึกที่แตกต่างออกไป ผู้สูงอายุอาจรู้สึกที่ตนไร้ค่า หมดความสามารถ บุตรหลานจึงนำมาทิ้งไว้เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระในการดูแล ทั้งที่ผู้สูงอายุยังอยากอยู่ใกล้ชิดกับบุตรหลาน แต่เมื่อถูกผลักไส จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหดหู่และซึมเศร้าได้

จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ กับผู้สูงอายุที่บุตรหลานหรือญาติพา มา มีความรู้สึกและการยอมรับสภาพความเป็นอยู่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์จะยอมรับสภาพได้ดีกว่า จะเห็นได้จากการพูดคุยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุหลายๆท่าน ได้บอกว่า ชีวิตนี้ไม่ห่วงอะไรอีกแล้ว มีอาหาร มีที่พักพิง มีผู้ให้การดูแล และที่สำคัญมีผู้จัดการเรื่องศพ เมื่อตนถึงแก่กรรม แค่นี้ก็พอใจแล้ว ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่บุตรหลานหรือญาติพามา

3.8 ระดับการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ผลการศึกษาสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีวรรณา ตันศิริ (2535: 399-400) ที่ศึกษาผลการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศน์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์สามารถลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของอารยา จิยะจันท์ (2535: 34) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่ออารมณ์เศร้าของผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 4 บางเขน กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีอารมณ์เศร้ามลดลงมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับข้อเสนอแนะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของสมหมาย จันณี (2538: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาเรื่อง การลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิงใน สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค โดยใช้การสนับสนุนทางสังคม โดยมีจุดประสงค์ที่จะ

ทดลองความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิง ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ด้วยการให้การสนับสนุนทางสังคม ทำการทดลองกับกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มด้วยการให้การสนับสนุนด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวม 11 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 14 ชั่วโมงต่อคน ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง นำแบบสอบถามวัดความซึมเศร้า The CES-D Scale ของ Radloff, L.S. มาวัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังการทดลองมาหาค่าทางสถิติ โดยใช้ t-test และ Analysis of variance พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลในการลดความซึมเศร้าของกลุ่มทดลองได้แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับ พิณลักษณ์ นิติภากรณ์ (2547: 81) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาระสนะเวศน์ ในสังฆราชูปถัมภ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบศึกษา 2 กลุ่มวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีคะแนนซึมเศร้าในระดับปานกลาง และทำการสุ่มแบบง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมตามขั้นตอนในระยะเวลา 5 สัปดาห์ พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผล ต่ำกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมและต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการศึกษางานวิจัย จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในทุกงานวิจัย กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งหมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับการปฏิบัติจากบุคคลรอบข้าง รวมถึงการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น และสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นมั่นคง มีคุณค่า ซึ่งส่งผลต่อสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง จึงมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

4. จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันเชิงลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ รวิวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล (2547: 73-74) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราร้านจันทบุรี พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองกับความว่าเหวมีความสัมพันธ์กันทางลบ ความว่าเหวกับสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กันทางลบ และการเห็นคุณค่าในตนเองกับสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ บัณฑิต เคียงธนสมบัติ (2547: บทคัดย่อ) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม การมีกิจกรรม กับความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และการมีกิจกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

ความพึงพอใจในชีวิต เช่นเดียวกับ นงลักษณ์ บุญไทย (2539: 155-157) ที่ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมกับเพื่อน บุตรหลานหรือญาติมาก มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ส่วนผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมกับเพื่อน บุตรหลานหรือญาติน้อย มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และจากการศึกษาผลการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาระณะเวศน์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ของศรีวรรณ ตันศิริ (2535: บทคัดย่อ) พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีแรงสนับสนุนทางสังคม มีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนทางสังคม และผลการวิจัยนี้พบว่า กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์สามารถลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุลงได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของตริงเนตร พรณดวงเนตร (2544: 17) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมและการใช้บริการของสถานสงเคราะห์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อารยา จิระจันทร์ (2535:บทคัดย่อ) ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่ออารมณ์เศร้าของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข24 บางเขน กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีอารมณ์เศร้าน้อยลงภายหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง และภายหลังได้รับข้อสนเทศ และผู้สูงอายุที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางมีอารมณ์เศร้าน้อยลงมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับข้อสนเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วันเพ็ญ เขาว์เชิง; และกรเกศ พรหมดี (2544: 18) ที่ศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไป และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าคือ ปัจจัยด้านจิตสังคม ด้านความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวมีผลต่อภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของ ดารณศ เกษไชย; และคนอื่นๆ (2544: 6) ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุไทยในกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุคือ การมีความขัดแย้งในครอบครัว การไม่มีผู้มาปรึกษาหรือปรับทุกข์กับผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาดังกล่าว จึงอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ซึ่งได้แก่ ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านการมีส่วนร่วมหรือ เป็นส่วนหนึ่ง ของสังคม ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านความมั่นใจในความมีคุณค่าแห่งตน และด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่างๆ มีความสำคัญต่อสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึกเหมือนอยู่ตัวคนเดียว ถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครสนใจดูแล จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง คิดว่าตนไม่สามารถเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นได้ จึงส่งผลต่อสุขภาพจิต และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ในทางตรงข้าม ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะอยู่ในสถานสงเคราะห์ แต่ยังมีกรพบปะ

สังสรรค์กับคนรอบข้าง และได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมทั้งได้รับสวัสดิการในด้านต่างๆ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคุณค่า และยังสามารถเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นได้ ทำให้มีความสุขในการดำเนินชีวิต และมีสุขภาพจิตที่ดี จึงสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันเชิงลบ

5. จากการศึกษาเพื่อค้นหาตัวแปรทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่สำคัญในการเข้าสู่สมการเพื่อการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ มี 3 ตัวแปรดังนี้ ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับแรกคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ( sup.2 ) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ได้ร้อยละ 34.0 ตัวแปรทำนายอันดับที่ 2 คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน( sup.1 ) สามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 41.8 และ ตัวแปรทำนายอันดับที่ 3 คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า(sup.4) สามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 44.5 สรุปว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัวนี้สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ได้ร้อยละ 44.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านการมีประโยชน์เอื้อต่อผู้อื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆไม่สามารถเข้าไปในสมการทำนายเนื่องจากมีอิทธิพลต่อการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุน้อย ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของตรึงเนตร พรรณดวงเนตร (2544: 17) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรม และการใช้บริการของสถานสงเคราะห์เป็นตัวที่มีอำนาจในการพยากรณ์หรือมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุด และจากการศึกษาของ พรสุวรรณ จารุพรรณ(2547: 223) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม และการศึกษา สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 39.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ นงลักษณ์ บุญไทย (2539: 157-158) ที่ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุมี 6 ตัวแปร คือ การศึกษา การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุกับบุตรหลานหรือญาติ มีปัญหาสุขภาพ ความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายुरับจากเพื่อน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุ เป็นตัวแปรที่เข้าสมการลำดับ 1 ถึง 6 ตามลำดับ และตัวทั้ง 6 ตัวนี้สามารถร่วมกันทำนายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 33.11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากผลการศึกษาดังกล่าว การเข้าร่วมกิจกรรมและการมีส่วนร่วมในสังคม มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวเข้าสู่กระบวนการสูงอายุ ทำให้รู้สึกว่าคุณยังมีความสามารถ มีคุณค่าและไม่เป็นภาระของผู้อื่น สร้างความเพลิดเพลินใจ ได้รับความเป็นไปของผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกัน และการมีกิจกรรมร่วมกันจะก่อให้เกิดความรักใคร่สามัคคี ทำให้มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นผลให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาดังนี้พบว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย ดังนั้นควรให้การดูแลสุขภาพจิตใจของผู้สูงอายุกลุ่มเพศหญิงมากขึ้น

2. จากการศึกษาดังนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่มีภาวะซึมเศร้ามลดลง และตัวแปรทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่เข้าสมการเป็นตัวแรก คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ดังนั้นจึงควรเน้นการจัดให้มีการสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยเปิดโอกาสและมีการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ตามความเหมาะสม

3. เนื่องจากผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ต้องใช้ชีวิตอยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตรหลาน หรือสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวมากขึ้น ก่อให้เกิดความเครียด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่บุตรหลานหรือญาติพามา จะมีความรู้สึกไร้ค่า ถูกทอดทิ้ง ดังนั้นจึงควรจัดให้มีนักจิตวิทยาประจำสถานสงเคราะห์ เพื่อให้คำปรึกษาด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ การได้รับกำลังใจและการส่งเสริมดูแลให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป และเน้นการจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ โดยเฉพาะการส่งเสริมให้มีการใช้ภูมิปัญญาที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ เพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี มีคุณค่า และมีความภาคภูมิใจในตัวเอง พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและมีความพึงพอใจในชีวิต

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษาดังนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่จะเป็นผลสะท้อนที่ผู้สูงอายุได้รับจากการที่มีโอกาสเอื้อประโยชน์ให้กับสังคม ซึ่งไม่ใช่การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับจากสมาชิกในครอบครัวและนอกครอบครัวทั้งหมด ดังนั้น ควรมีการวิจัยต่อว่า ผลจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยตรงเป็นอย่างไร

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอีก เช่น ศาสนา ความเชื่อ ศรัทธา และการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เนื่องจากแต่ละศาสนามีความเชื่อ ศรัทธาที่แตกต่างกัน จึงเป็นที่น่าสนใจว่ามีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร

3. เนื่องจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่ผู้วิจัยนำมาใช้ เป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั่วไป ดังนั้น ควรมีการสร้างแบบวัดภาวะซึมเศร้าในเรื่องของสภาวะการณ์ที่ศึกษา เพื่อดูว่าในสภาวะการณ์นั้นๆจะมีผลต่อภาวะซึมเศร้าหรือไม่

บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กมลสิน สัตตรา. (2531). *ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาคลินิก). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กรมประชาสงเคราะห์. (2536). *รายงานการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เรื่อง ศูนย์บริการผู้สูงอายุ: ชุมชนควรมีส่วนร่วมอย่างไร ระหว่าง 1-2 ธันวาคม 2536 ณ.โรงแรมรอยัลปรีนซ์เซส*. กรุงเทพฯ: หน่วยงานสาธารณสุข กรมประชาสงเคราะห์.
- กรมประชาสงเคราะห์ กองวิชาการ. (2533, มีนาคม – เมษายน). *ความคาดหวังแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องการเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราของกรมประชาสงเคราะห์*. *กรมประชาสงเคราะห์*. 33(21).
- กัลยา นาคเพ็ชร; และคนอื่นๆ. (2542). *จิตวิทยาพัฒนาการ*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- จันทิมา จารณศรี. (2539). *สุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร*. ปริญญาานิพนธ์ กศ.บ. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จันทร์เพ็ญ เนียมอินทร์. (2539). *สุขภาพจิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. (2536, มีนาคม). *บ้านพักคนชรา : ทางเลือกหนึ่งของการอยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ*. *วารสารประชากรศาสตร์*. 9(1): 23-34.
- จุฑารัตน์ สติรปัญญา; และพรชัย สติรปัญญา. (2548, ตุลาคม). *การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 23(2): 34.
- ชาญกัญญา ตันติลีปกร. (2547). *การศึกษาภาวะซึมเศร้า สมรรถภาพสมอง และคุณภาพชีวิตของข้าราชการเกษียณในกรุงเทพมหานคร*. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*. 35(2): 70-73.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์; และคนอื่นๆ. (2531). *สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้ารักษาหายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ*. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- ดารณศ เกษไสว; และคนอื่นๆ. (2544, กันยายน-ธันวาคม). *การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุไทยในกรุงเทพมหานคร*. *วารสารโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา*. 1(3): 6.

- ตริงเนตร พรรณดวงเนตร. (2544, มีนาคม-เมษายน). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์. *กรมประชาสงเคราะห์*. 44(2): 16-18.
- ทิพากร ปัญญาใหญ่; วัชนี หัตถพนม; และละเอียด ปัญญาใหญ่. "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่น" สืบค้นเมื่อ 26 มีนาคม 2548, จาก <http://dmh.go.th/Abstract/details.asp?id=2343>
- ธวัชชัย ลิฬหานาจ. (2545). ภาวะซึมเศร้าในชายวัยทอง. ใน *Problem Practice Promotion Prevention Postphone Productivity*. หน้า 346-347. กรุงเทพฯ: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ธรรมรักษ์ การพิศิษฐ์. (2542). นโยบายและยุทธวิธีผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ ผู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2546). *คู่มือการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิติการพิมพ์.
- นงลักษณ์ บุญไทย. (2539). *ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ*. ปริญญาานิพนธ์ วท.ม. (สาธาณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์; และคนอื่นๆ. (2537). แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. *สารศิริราช*. 46(1): 5-11.
- นิลุบล รุจิระประเสริฐ. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บัณฑิต เคียงธนสมบัติ. (2547). *การสนับสนุนทางสังคม การมีกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ*. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- บริบูรณ์ พรพิบูลย์. (2535). *โลกยามชรา ไฟส่องทางเพื่อคุณภาพชีวิต*. กรุงเทพฯ: เยลโล่การพิมพ์
- ประนอม ไอสถานนท์; และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2537). *ความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล; และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. (2541). *ฆ่าตัวตาย การสอบสวนสาเหตุ และการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: พลัสเพลส.
- ปราชญา บุญยวงศศิริโรจน์. (2546). *สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2545-2546*. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้า และพัสดุภัณฑ์.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล; และ ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. (2546). ประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2503-2563. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรสุวรรณ จารุพันธุ์. (2547, กันยายน-ธันวาคม). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และ ปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*. 10(3): 223.
- พัชรินทร์ วณิชานนท์; อัมพร โอตระกุล; และ สุพัฒน์นา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา. (2530). โรคทางจิตเวช ในผู้ป่วยนอกสูงอายุของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. *วารสารกรมการแพทย์*. 12(6): 341-348.
- เพ็ญศรี แก้วเวฬุ. (2544). *ผู้สูงอายุกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในชุมชนอำเภอสุโขทัยโก-ลก จังหวัดนราธิวาส*. ปริญญาานิพนธ์ ศม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: โครงการสหวิทยาการ ระดับบัณฑิตศึกษา. สืบค้นเมื่อ 13 มิถุนายน 2548, จาก [www.riclib.nrct.go.th/abs/t129978.pdf](http://www.riclib.nrct.go.th/abs/t129978.pdf)
- เพ็ญแข ประจันปัจฉนิก. (2534). การศึกษากลุ่มประชากรผู้สูงอายุ. ใน *ประมวลบทความผลงานทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พิณลักษณ์ นิตินากรณ์. (2547). *ผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา*. วิทยานิพนธ์ พย.ม.(การพยาบาลผู้สูงอายุ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- พิมพ์วรรณ กิตติวงศ์ภักดี. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาใช้บริการในคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลนครปฐม*. ปริญญาานิพนธ์ วศ.ม(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- .มาลินี วงษ์สิทธิ์; ศิริวรรณ ศิริบุญ; และ อัจฉรา เอ็นซ์. (2541). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแล ให้บริการและกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- มาโนช ทับมณี. (2544, กรกฎาคม-ธันวาคม). ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*. 32(2): 48.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ. ปรินุญานินท์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- รวิวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล. (2547). การศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ฉิววรรณ อุณาภิรักษ์. (2547). การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- วันเพ็ญ เชาว์เชิง; และ กรเกษตร พรหมดี. (2544, ตุลาคม- 2545, มีนาคม). การศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไป และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา*. 3(1): 18.
- วาทีณี บุญชะลίκη; และ ยุพิน วรสิริอมร. (2542). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. ใน *จุดเปลี่ยนนโยบายประชากร*. กุศล สุนทรธาดา. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ศรีธรรม ธนภูมิ. (2535). *พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ*. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร; และคนอื่นๆ. (2541). การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ใน *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: โครงการร่วม ระหว่างมหาวิทยาลัย มหิดล และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร; เล็ก สมบัติ; และ ภาวนา พัฒนศรี. (2544). การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคใต้. ใน *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546). *ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์วิทยาลัย.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2543). *การตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีตัวอย่าง การจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ศรีวรรณ ตันศิริ. (2535). ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาระณะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธาณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2540). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2 วัยรุ่น-วัยสูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค. สืบค้นเมื่อ 30 กรกฎาคม 2548, จาก [http:// www. BangKhae.ac.th](http://www.BangKhae.ac.th)
- สมภาพ เรืองตระกูล . (2543). โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภาพ เรืองตระกูล . (2547). ความเครียดและอาการทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมหมาย จันเณ. (2538). การลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคโดยใช้การสนับสนุนทางสังคม. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สรินดา น้อยสุข. (2545). การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกจิตเวช. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- สายยนต์ เจริญขำ. (2535). ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชนบท: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในเขตอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. (2536). ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ด. (พัฒนศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สิริสุดา ชาวคำเขต; และคนอื่นๆ. (2545). สิทธิและสวัสดิการของผู้สูงอายุ. ใน การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- สุรกุล เจนอบรม. (2541). วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุ และการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย กรุงเทพฯ: นิชนิแอดเวอไทซิงกรุ๊ป.
- ไสมสิริ รอดพิพัฒน์. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะ ซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์. ปรินญาณิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อภิญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ คุชภักดี. (2533). ความสามารถทางสติปัญญา: การเรียนรู้และความจำระยะสั้น กับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*. 21(1): 14-22.
- อรรถพร ทองแดง. (2541). *สารความรู้เพื่อผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.
- อรรถพร ทองแดง; และคนอื่นๆ. (2542). การศึกษาภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ สู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: พฤติวิทยา.
- องอาจ สิทธิเจริญชัย; ชรินทร์ เจริญกุล; และปัญญาวัฒน์ สันติเวส. (2540). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย: กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคอีสาน*. 12(10).
- อัจฉรา เอ็นท์; และ ปรียา รุ่งไธมาสกุล. (2541). *การศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมพร โอตระกูล; และคนอื่นๆ. (2536). ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท. *วารสาร กรมการแพทย์*. 18(10): 503-504.
- อารยา จิยะจันทร์. (2535). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่ออารมณ์เศร้าของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 24 บางเขน กรุงเทพมหานคร*. ปริญญาโท กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- Antonucci, Toni C. (1990). Social Supports and Social Relationship. In *Handbook of Aging and the Social Sciences*. 3rd ed. Newyork: Academic Press.
- Arling, G. (1987). *Strain, Social Support, and Distress in Old Age*. Retrieved April 7, 2005, from [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=3794188&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=3794188&dopt=Abstract).
- Babara, Hansen Lemme. (1995). *Development in Adulthood*. Boston.
- Blazer, D. (1982). *Depression in Late Life*. St.Louis: Mosby.
- Brown, D R.; Milburn, N G.; & Gary, L E. (1992). Syntoms of Depression among Older African-Americans. *An Analysis of Gender Differences, Gerontologist*. 32(6): 789.
- Concencus Statement. (1991). USDHHS: Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life.

- Coward, Ramond T.; Cladell, Hoenc,; & Jeffrey, W.Dwyer. (1992). Demographic perspectives on gender and family caregiving. In *Gender, Family, and elder care*. J.W. Dwyer and R.T.Coward (eds.). CA. Newbury Park.
- Drentea, Patricia.(1999). Retrieved June 20, 2005, from <http://www.lib.umi.com/dissertation/fullcit/9965971>.
- Gredt ,Sundstrom. (2003). *Network and Social Support in Old Age: Evidence from Sweden*. Retrieved April 3, 2005, from [http://www.lshtm.ac.uk/cps/famsup/BSPSNWSFAMSUP\\_8May03v2.pdf](http://www.lshtm.ac.uk/cps/famsup/BSPSNWSFAMSUP_8May03v2.pdf).
- Goldberg D.; Benjamin S.; & Creed F. (1987). *Psychiatry in Mental Practice*. London and Newyork: Tavistock.
- Hughes, R.N.; et al. (1993). *Depression Among the elderly*. Retrieved April 7, 2005, from <http://www.hope.edu/academic/psychology/335/webrep2/depress2.html>
- Husaini R.; et al. (1987). *Age and Gender Differences in Sociomedical Correlates of Depression.(Abstract)*. Proceedings of the Third Congress of the International Psychogeriatric Association. Chicago.
- Keltner, Norman L.; Schwecke, Lee Hilyard.; & Bostrom, Caral E. (1999). *Psychiatric Nursing*. 3rd ed. St.Louis, Mosby.
- Lu Hong. (2000). *Social Support and Post partum depression among primiparas*. Dissertation, M.D. (Nursing Science in Maternal and Child Nursing). Bangkok: Cheang Mai University. Photocopied.
- Mcgrath, E.; et al. (1990.). *Women and Depression*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Michelle, Morrison Valfre. (2001). *Foundation of Mental Health Care*. 2<sup>nd</sup> ed. USA: A.Harcourt sciences.
- Nolen, Hocksema. S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford. CA: Stanford University Press.
- Oxman, T. E.; et al. (1992). *Social Support and Depressive symptoms in the elderly*. Retrieved June 7, 2005, from <http://www.aje.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/135/4/356>.

- Prince, M.J.; et al. (1997). *Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI*. Retrieved June 7, 2005, from [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Abstract&list\\_uids=9089825](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Abstract&list_uids=9089825).
- Priscilla ,Ebersole.; & Patricia, Hess. (1994). *Toward Healthy Aging Human Need and Nursing Response*. Copyright by Mosby Inc.
- Robert.; et al. (1997). *Depression Among the elderly*. Retrieved April 7, 2005, from <http://www.hope.edu/academic/psychology/335/webrep2/depress2.html>
- William, Lee Bothell.; Joel, Fischer.; & Cullen ,Hayashidg. (1992). *Social Support and Depression Among Low Income Elderly*. Retrieved June 7, 2005, from <http://www.haworthpress.com/store/ArticleAbstract.asp?sid=8AV3DE2GOWH49H034PSG6LC4FUB1BSQ4&ID=7672>

ภาคผนวก

## แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

### คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

แบบสอบถามเรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค มีทั้งหมด 3 ส่วนคือ

- ส่วนที่ 1      แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2      แบบวัดสภาวะทางอารมณ์ในผู้สูงอายุไทย
- ส่วนที่ 3      แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

### คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค เพื่อประกอบการทำสารนิพนธ์เท่านั้น ไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อและตอบตามความเป็นจริงของท่าน

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือนำในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาว สมใจ ไชติธนพันธุ์  
 นิสิตปริญญาโท วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ  
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

## ส่วนที่ 1           แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หรือเติมข้อความในช่องว่าง

---

1. เพศ    ( ) ชาย           ( ) หญิง
2. อายุ
  - ( ) 60 – 70 ปี
  - ( ) 71 – 75 ปี
  - ( ) มากกว่า 75 ปีขึ้นไป
3. สถานภาพสมรส
  - ( ) โสด
  - ( ) ไม่โสด(คู่ หม้าย/หย่า/แยก)
4. ระดับการศึกษา
  - ( ) ไม่ได้เรียน
  - ( ) ประถมศึกษา
  - ( ) มัธยมศึกษา
  - ( ) สูงกว่ามัธยมศึกษา
5. อาชีพ
  - ( ) รับราชการ
  - ( ) ธุรกิจส่วนตัว
  - ( ) เกษตรกรรวม
  - ( ) อื่นๆ(ระบุ).....
6. ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์
  - ( ) น้อยกว่า 1 ปี
  - ( ) 1 – 5 ปี
  - ( ) มากกว่า 5 ปีขึ้นไป
7. สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์
  - ( ) สัมผัสใจเข้าอยู่
  - ( ) บุตรหลานหรือญาติพามา

## ส่วนที่ 2                   แบบวัดสภาวะทางอารมณ์ในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS)

### คำชี้แจง

โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน ให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ในตอนนี้		
2	คุณไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ		
3	คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่า ไม่รู้จะทำอะไร		
4	คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ		
5	คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า		
6	คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลาและเลิกคิดไม่ได้		
7	ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี		
8	คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ		
9	ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข		
10	บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง		
11	คุณรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ		
12	คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน		
13	บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า		
14	คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น		
15	การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้ เป็นเรื่องน่ายินดีหรือไม่		
16	คุณรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อยๆ		
17	คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณไม่ค่อยมีคุณค่า		
18	คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา		
19	คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก		
20	คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นอะไรใหม่ๆ		
21	คุณรู้สึกกระตือรือร้น		
22	คุณรู้สึกสิ้นหวัง		

	ข้อที่	ใช่	ไม่ใช่
23	คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ		
24	คุณอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กๆน้อยๆอยู่เสมอ		
25	คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ		
26	คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน		
27	คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า		
28	คุณไม่ชอบพบปะพูดคุยกับคนอื่น		
29	คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว		
30	คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน		

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด คำตอบนี้จะไม่มีการเปิดเผย

ข้อ	คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
1.	<b>ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน</b> ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างรักและห่วงใยในตัวท่าน					
2.	ท่านรู้สึกโดดเดี่ยวทั้งๆที่มีบุคคลรอบข้างมากมาย					
3.	บุคคลรอบข้างคอยช่วยให้ท่านรู้สึกสบายใจ					
4.	ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างคอยช่วยเหลือท่านในยามคับขันเสมอ					
5.	บุคคลรอบข้างมักแสดงให้ท่านรู้สึกว่าพอใจที่ได้ใกล้ชิดท่าน					
6.	เมื่อท่านต้องการระบายอารมณ์หรือความรู้สึก จะมีผู้รับฟังท่าน					
7.	บุคคลรอบข้างทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย					
8.	<b>ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม</b> ท่านรู้สึกว่า การพบปะพูดคุยกับบุคคลรอบข้างเป็นสิ่งที่น่าเบื่อ					
9.	ท่านมีความสุขกับการได้พบปะพูดคุยกับบุคคลรอบข้าง					

ข้อ	คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
10.	ท่านไม่เคยร่วมกิจกรรมใดๆกับบุคคลรอบข้างหรือในชุมชน เพราะจะเป็นภาระผูกพันไม่จบสิ้น					
11.	ท่านจะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมตามวัย					
12.	ท่านได้รับโอกาสในการแสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้อื่น					
13.	ท่านและบุคคลรอบข้างร่วมมือกันเป็นอย่างดีในการทำกิจกรรม					
14.	ท่านรู้สึกว่าคุณเองไม่มีส่วนสร้างสรรค์สังคมให้ดีขึ้น					
15.	ท่านคิดว่าการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมทางสังคมเป็นเรื่องไม่จำเป็น					
16.	<b>ด้านการมีประโยชน์</b> บุคคลรอบข้างขอคำปรึกษาในเรื่องต่างๆจากท่านเสมอ					
17.	ท่านเต็มใจให้ความช่วยเหลือ เมื่อมีคนมาขอความช่วยเหลือเสมอ					
18.	การช่วยเหลือบุคคลรอบข้างทำให้ท่านอึดอัดใจ					
19.	บุคคลรอบข้างทำให้ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีประโยชน์ต่อผู้อื่น					
20.	ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้					
21.	ท่านรู้สึกว่าหากขาดท่านแล้วงานบางอย่างไม่สามารถสำเร็จได้					

ข้อ	คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
22.	ท่านทำสิ่งต่างๆที่คิดว่าเป็นประโยชน์ ต่อบุคคลรอบข้าง เช่น งานฝีมือ					
23.	<b>ด้านการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า</b> ท่านได้รับการชื่นชมหรือให้กำลังใจเมื่อ กระทำในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม					
24.	ในการทำกิจกรรมต่างๆท่านมักได้รับ เลือกให้เป็นผู้นำเสมอ					
25.	ท่านรู้สึกเป็นคนสำคัญในกลุ่มที่ท่านอยู่					
26.	บุคคลรอบข้างให้อภัยท่านเสมอเมื่อ ท่านทำสิ่งที่ผิดพลาด					
27.	ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างไม่ให้ความ เคารพและดูแลท่าน					
28.	ท่านชอบทำอะไรเล็กๆน้อยๆเป็นพิเศษ เพื่อแสดงว่าท่านยังมีประโยชน์ต่อผู้อื่น					
29.	บุคคลรอบข้างไม่เคยเป็นกำลังใจให้ ท่านทำงานต่างๆจนประสบความสำเร็จ สำเร็จเลย					
30.	บุคคลรอบข้างยอมรับความคิดเห็นของ ท่าน					
31.	<b>ด้านการได้รับความช่วยเหลือ</b> เมื่อท่านไม่สบายใจบุคคลรอบข้างมัก ให้คำปรึกษาเสมอ					
32.	บุคคลรอบข้างช่วยเหลือท่านในด้าน การเงิน วัสดุสิ่งของ ในยามที่ท่าน ต้องการ					

ข้อ	คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
33.	เมื่อท่านอารมณ์เสียจะมีบางคนที่ท่านสามารถระบายอารมณ์ความรู้สึกของท่านได้					
34.	ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากบุคคลรอบข้าง					
35.	เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพ ท่านต้องดูแลตนเองเพียงลำพัง					
36.	ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างไม่เต็มใจช่วยเหลือเมื่อท่านได้รับความเดือดร้อน					
37.	ท่านรู้สึกว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยเป็นเรื่องไม่สำคัญ					
38.	ท่านได้รับข่าวสารในด้านต่างๆอย่างสม่ำเสมอ					

ประวัติย่อผู้วิจัย

## ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาว สมใจ โชติธนพันธุ์
วันเดือนปีเกิด	22 มกราคม พ.ศ. 2507
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	98/107 หมู่บ้านรุ่งเรือง ถ. สรรพาวุธ แขวงบางนา เขตบางนา กรุงเทพมหานคร 10260
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	พยาบาลประจำการระดับ6
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	หอผู้ป่วยไอซียูกุมาร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2525 : โรงเรียนสมถวิลราชดำริ กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2529 : วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ. 2550 : การศึกษามหาบัณฑิต (คณະมนุชยศาสตร์) สาขาวิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ