

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร

สารนิพนธ์
ของ
ชลธิชา บุญศิริ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
พฤษภาคม 2550

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ
ของ
ชลธิชา บุญศิริ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
พฤษภาคม 2550

ชลธิชา บุญศิริ. (2550). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิริยพยาบาล กรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ กศ.ม.
(จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประณต คำนิม.

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิริยพยาบาล 2) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรม และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิริยพยาบาล และ 4) ศึกษาตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุวิริยพยาบาล กรุงเทพมหานคร ซึ่งมาเข้าร่วมกิจกรรมในปี พ.ศ. 2549 จำนวน 120 คน ได้มาโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบเพิ่มตัวแปรทีละตัว

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (95%) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (82.5%)

2. ผู้สูงอายุที่มีเพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมไม่สม่ำเสมอมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมสม่ำเสมอ และผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มี 1 ด้าน คือ ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 10.0

THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT AND DEPRESSION
OF THE ELDERLY IN SENIOR CITIZEN CLUB IN VAJIRA HOSPITAL,
BANGKOK METROPOLIS

AN ABSTRACT
BY
CHONTHICHA BOONSIRI

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements
For the Master of Education degree in Developmental Psychology
at Srinakharinwirot University
May 2007

Chonthicha Boonsiri. (2007). *The Relationship Between Social Support and Depression of the Elderly in Senior Citizen Club in Vajira Hospital, Bangkok Metropolis*. Master's Project, M.Ed. (Developmental Psychology). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Project Advisor: Assist. Prof. Pranot Khaochim

The purposes of this research were 1) to study the degree of depression and social support, 2) to compare the study of depression of the elderly according sex, age, marital status, education, occupation and regularity to join the club, 3) to compare the depression of the elderly according to their social support, 4) to study the relation between social support and depression of the elderly in senior citizen club in Vajira Hospital, Bangkok Metropolis, and 5) to identify the factors accounting for the variance of depression in the elderly.

The sample in this study consisted of 120 elderly, the members of senior citizen club in Vajira Hospital, Bangkok Metropolis in 2006, drawn by purposive sampling. The instruments for collecting data were 1) a questionnaire on personal background information, 2) a questionnaire on depression, and 3) a questionnaire on social support. The statistical methods for analyzing the data were t-test, F-test, one-way analysis of variance, Pearson's product - moment correlation coefficient and stepwise multiple regression.

The results of the research revealed that.

1. Depression of the elderly was mostly at a normal level (95%) and the social support 's level was mostly at a high level (82.5%).

2. The elderly of different sex, age, marital status, education and occupation had no difference in depression. The elderly who had difference in regularity to join the club and social support had a difference in depression the elderly who hadn't regularity to join the club had more depression than those with regularity to join the club; and the elderly who had high social support had lower depression than those who had low social support ($p < .05$).

3. Social support ($r = -.32$) was negatively related to depression at the .01 level of significance.

4. Social integration could predict depression of the elderly as much as
10.0% ($p < .001$)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุวิจิตรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

สารนิพนธ์
ของ
ชลธิชา บุญศิริ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
พฤษภาคม 2550
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ประณต
เค้าฉิม ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่า ให้คำแนะนำที่มีคุณค่ายิ่งในการศึกษาค้นคว้า ช่วยแก้ไข
ข้อบกพร่องต่างๆ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน ศาสตราภักดิ์และ รองศาสตราจารย์
ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร ที่ได้กรุณาเป็นคณะกรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติมในการสอบปากเปล่า

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชวลี แยมวงษ์ อาจารย์ดร.โสภณ แสงอ่อน
และ พ.อ.อเนกวิช เต็มบุญเกียรติ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือใน
การศึกษาค้นคว้านี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาจิตวิทยาพัฒนาการทุกท่าน ที่ได้ให้ความรู้ และ
ประสบการณ์ต่างๆ ตลอดเวลาที่ผู้วิจัยกำลังศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยา-
บาล และเจ้าหน้าที่หน่วยส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาลทุกท่านที่
ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอโน้มระลึกถึงพระคุณของบิดามารดา ที่ได้อบรมสั่งสอน ปลูกฝังให้เห็นคุณค่า
ของการศึกษา การทำความดี และทำประโยชน์แก่สังคม

ชลธิชา บุญศิริ

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
ความสำคัญของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย.....	5
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ตัวแปรที่ศึกษา.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
นิยามปฏิบัติการ.....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
สมมติฐานของการวิจัย.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
เอกสารเกี่ยวกับบริบทโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร.....	13
ประวัติศิริพยาบาล.....	13
เอกสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	14
ความหมายของผู้สูงอายุ.....	14
เกณฑ์การจำแนกผู้สูงอายุ.....	15
การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ.....	17
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ.....	26
ปัญหาของผู้สูงอายุ.....	30
เอกสารเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	32
ความหมายของภาวะซึมเศร้า.....	32
ทฤษฎีของภาวะซึมเศร้า.....	33
สาเหตุของภาวะซึมเศร้า.....	34
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า.....	38

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
อาการของภาวะซึมเศร้า.....	38
ระดับของภาวะซึมเศร้า.....	40
การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า.....	41
การประเมินภาวะซึมเศร้า.....	43
งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	47
เอกสารเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ.....	51
ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม.....	51
ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม.....	52
องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม.....	55
ระดับของการสนับสนุนทางสังคม.....	56
กลไกของการสนับสนุนทางสังคม.....	56
ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม.....	57
การสนับสนุนทางสังคมในวัฒนธรรมต่างๆ.....	58
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	59
3	
วิธีดำเนินการวิจัย.....	65
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	65
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	65
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	69
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
4	
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	73

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	90
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า.....	90
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	92
อภิปรายผล.....	95
ข้อเสนอแนะ.....	103
 บรรณานุกรม.....	 104
 ภาคผนวก.....	 112
ภาคผนวก ก.....	113
ภาคผนวก ข.....	118
 ประวัติย่อผู้วิจัย.....	 128

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอารมณ์ผิดปกติ	34
2 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	39
3 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรม ของชมรม.....	73
4 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรพยาบาล จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า.....	75
5 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรพยาบาลกลุ่มรวม.....	76
6 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรพยาบาล จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา.....	76
7 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรพยาบาล จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้าน.....	78
8 ระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านของผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุวิฑูรพยาบาล.....	81
9 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรพยาบาล จำแนกตามตัวแปรเพศ.....	82
10 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรพยาบาล ตามตัวแปรอายุ.....	82
11 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรพยาบาล จำแนกตามตัวแปรอายุ.....	83
12 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรพยาบาล ตามตัวแปรสถานภาพสมรส.....	83
13 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรพยาบาล จำแนกตามตัวแปรสถานภาพสมรส.....	84

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
14 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิริยพยาบาล จำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา.....	84
15 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิริยพยาบาล จำแนกตามตัวแปรอาชีพ.....	85
16 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิริยพยาบาล จำแนกตามตัวแปรความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม.....	85
17 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิริยพยาบาล จำแนกตามตัวแปรระดับการสนับสนุนทางสังคม.....	86
18 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและ รายด้านกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิริยพยาบาล.....	87
19 แสดงตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านที่ทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุวิริยพยาบาล.....	88

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
---	---------------------------	----

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ในปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย มีแนวโน้มสูงขึ้น จากการคาดการณ์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ คาดว่า ปี พ.ศ. 2543 จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มจากปี พ.ศ. 2533 จำนวน 4 ล้านคน เป็น 5.8 ล้านคน และอีก 15 ปีข้างหน้า คือในปี พ.ศ. 2558 จะสูงเพิ่มขึ้น 2 เท่าเป็น 8.4 ล้านคน (ประภาส จิตตาศิริวัตร. 2544:2) สำหรับประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น อันเป็นผลมาจากการดำเนินนโยบายลดอัตราการเพิ่มของประชากรในประเทศ ตั้งแต่ พ.ศ. 2513 เป็นต้นมา ประกอบกับเด็กที่เกิดมาในอดีตมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น เพราะวิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ การสาธารณสุขและโภชนาการตลอดจนระบบการศึกษาที่กว้างขวางออกไป ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น รู้จักป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง มีผลทำให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรโดยรวมสูงขึ้น (สุมาลย์ โทมัส. 2531:94)

จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ นี้ จึงเป็นปัญหาของสังคมในอันที่จะพัฒนาความเป็นอยู่ และสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้บุคคลในวัยนี้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีในฐานะเป็นผู้รับประโยชน์จากสังคม และเป็นผู้ให้ประโยชน์แก่สังคมได้อย่างเต็มความสามารถ ซึ่งการจะบรรลุผลดังกล่าวนี้ได้ ผู้สูงอายุต้องสามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความพึงพอใจในชีวิต มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น รวมทั้งสามารถตอบสนองต่อความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการมีสุขภาพจิตดี (กมลสิน สาตรา. 2531:1)

จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันผู้สูงอายุประสบปัญหาหลายด้านซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกร่างกายของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านสุขภาพจิตที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือ โรคซึมเศร้า ซึ่งโรคซึมเศร้านี้ถูกจัดเป็นอันดับหนึ่งในสิบอันดับของความเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุของความบกพร่องในการดำเนินชีวิตของประชากรโลก และเป็นอันดับสี่ในประเทศที่กำลังพัฒนา (อรพรรณ ทองแดง. 2544 : 1)

ภาวะซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยทางจิตชนิดหนึ่ง ซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง หดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมากจะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย (อาฟสา หุตะเจริญ. ออนไลน์) ซึ่งความซึมเศร้าของผู้สูงอายุนั้น สืบเนื่องมาจากสาเหตุหลายประการ นอกจากการสูญเสียสัมพันธภาพกับ

ครอบครัว บุตรหลานแล้ว ยังมีความเสื่อมของระบบประสาทสัมผัส ระบบกล้ามเนื้อ โครงกระดูก ระบบหลอดเลือดและอื่นๆ และยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจที่เป็นไปในทางลบ อันเนื่องมาจากการสูญเสีย ทั้งการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก คู่คนเคย สูญเสียบทบาททางสังคม การเป็นผู้นำ การขาดจากตำแหน่งหน้าที่การงาน รายได้ลดลง ทำให้สูญเสียความสามารถในการพึ่งตนเอง การสูญเสียเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นทางด้านจิตใจ ว่าเหว่ ท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ประกอบกับบุตรหลานทอดทิ้ง ไม่ต้องการเลี้ยงดู ผลักไสให้ไปอยู่กับคนอื่นที่ไม่คุ้นเคย เหล่านี้ล้วนมีผลทำให้เกิดความซึมเศร้าตามมา (กมลสิน สาทรา. 2531:40)

จากการศึกษา พบว่า มีความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 5-8 ของประชากรโลกหรือร้อยละ 15 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป (สรินดา น้อยสุข. 2545:2; อ้างอิงจาก มานิต ศรีสุภานนท์; และ จำลอง ดิษยวณิช. 2545) ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้านั้นอาจก่อให้เกิดปัญหาตามมาหลายประการ เช่น ไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้าจะไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจตนเองและคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า บางครั้งอาจคิดฆ่าตัวตาย เพราะมองทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิตเป็นความล้มเหลว (สมภพ เรื่องตระกูล. 2538:53) มีรายงานการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (อาฟสา หุตะเจริญ. ออนไลน์) และพบว่าผู้สูงอายุที่เศร้ามากๆ แก้ปัญหาไม่ได้มักจะฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในประเทศทางยุโรป ซึ่งผู้สูงอายุขาดความรัก และถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง จะมีอัตราการฆ่าตัวตาย (กมลสิน สาทรา. 2531) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้ากับการฆ่าตัวตาย พบว่า ประชากรที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ หรือพยายามฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 70 มีโรคซึมเศร้า (สมหมาย จันถี. 2538:3; อ้างอิงจาก สราวุธ วาสิกนันท์. 2538)

จากงานวิจัยต่างๆ ข้างต้น จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุ และนับวันยิ่งมากขึ้น ซึ่งปัญหาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหาที่ควรได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างยิ่ง หากปล่อยไว้ แม้ผู้สูงอายุจะมีภาวะความซึมเศร้าเล็กน้อยก็ตาม ถ้าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าเป็นเวลานานและเพิ่มความรุนแรงขึ้น ผู้สูงอายุจะเป็นโรคจิต โรคประสาทซึมเศร้าได้ง่าย รักษาให้หายเป็นปกติยาก อีกทั้งยังเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

งานวิจัยอาจจะมีบ้างแต่ไม่ครอบคลุมในผู้สูงอายุในทุกๆ กลุ่ม เนื่องจากผู้สูงอายุนั้นมีหลายกลุ่ม ได้แก่ ชนบท สถานสงเคราะห์คนชรา หรือชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งผู้วิจัยได้สนใจที่จะศึกษา ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ เนื่องจากชมรมผู้สูงอายุ เป็นองค์กรหนึ่งที่มีส่วนในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในสังคม เป็นแหล่งที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรม และยังคงมีบทบาทในชุมชน สังคม แม้ว่าอาจจะต้องลดหรือเปลี่ยนแปลงบทบาทไปบ้าง การทำกิจกรรมและบทบาทของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องตลอดไปมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้น ป้องกันการเกิดปัญหาด้าน

จิตใจ และอารมณ์จากการสูญเสียต่างๆ ของผู้สูงอายุได้ (พิสมัย พลายนาม. 2539:3; อ้างอิงจาก สาทิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. 2536:4) ซึ่งในชมรมผู้สูงอายุทุกประเภทจะมีวัตถุประสงค์คล้ายกันคือ จัดขึ้นเพื่อประโยชน์ของผู้สูงอายุโดยตรงในเชิงร่างกาย จิตใจและสังคม โดยการพัฒนาผู้สูงอายุในด้านร่างกายคือ สุขภาพอนามัย การพัฒนาทางจิตใจและสังคมคือ ทางด้านนันทนาการ (พิสมัย พลายนาม. 2539:3; อ้างอิงจาก เพ็ญแข ประจันปัจจนึก. 2538:3) นอกจากนี้ชมรมผู้สูงอายุยังเป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุที่มีลักษณะทางชีวสังคม เศรษฐกิจ ความสามารถในการดูแลตนเองต่างกัน ผู้สูงอายุทุกคนยังคงอยู่ในครอบครัว การอยู่ร่วมกันในครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นความปรารถนาของทั้งผู้สูงอายุและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้งหลายที่ต้องการจะเห็นผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุขสงบในครอบครัว มากกว่าการส่งผู้สูงอายุเข้าไปอยู่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา (พิสมัย พลายนาม. 2539:3; อ้างอิงจาก สาทิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. 2538:4)

ในการศึกษาครั้งนี้จะมุ่งไปที่ระดับความซึมเศร้า ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องนั้นน่าจะมีหลายปัจจัย แต่ปัจจัยที่ผู้วิจัยคาดว่าน่าจะเกี่ยวข้อง คือ การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความเครียด เป็นปราการป้องกันไม่ให้ความเครียดต่างๆ มากระทบจนเกิดความผิดปกติขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ตระหนักถึงคุณค่า สามารถจัดการกับปัญหาหรือปรับแก้ความเครียดได้ดีขึ้น (สรินดา น้อยสุข. 2545:4; อ้างอิงจาก Cohen & Willis. 1985) ในต่างประเทศมีการใช้การสนับสนุนทางสังคมในการลดความเครียด ความซึมเศร้า และช่วยด้านสุขภาพ หลายงานวิจัย เช่น แคบแลน (สมหมาย จันถี. 2538:4; อ้างอิงจาก Caplan. 1976) พบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นตัวช่วยลดความเครียด และจากการวิจัยของ สถาบันคาโรลินสกาในสวีเดน พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียว และแยกตัวจากสังคม ร้อยละ 60 จะหลงลืม ซึ่งอาการหลงลืมนั้นเป็นส่วนประกอบของโรคอัลไซเมอร์และโรคพาร์คินสัน การที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตัวคนเดียว แต่มีการพบปะเพื่อนฝูงตลอดเวลา และใช้เวลาอยู่กับบุตรหลานหรือไปเยี่ยมเยียนบุตรหลานบ่อยๆ จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี และอัตราการหลงลืมจะเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่มีเด็กอยู่ในบ้าน แต่ไม่ได้ใช้เวลาไปพูดคุยกับบุตรหลาน มากกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีเด็กอยู่ในบ้าน (Janelle Barlow. online) สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษานี้ของ จีวีวรรณ แก้วพรหม (สมหมาย จันถี. 2538:5; อ้างอิงจาก จีวีวรรณ แก้วพรหม. 2532) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น และการศึกษาของ อัมพร ศิริวิสัย (สมหมาย จันถี. 2538:5; อ้างอิงจาก อัมพร ศิริวิสัย. 2532) พบว่า การให้การสนับสนุนทางสังคมในแง่การให้สุขศึกษาจากเพื่อน ทำให้ผู้สูงอายุมีความซึมเศร้ามลดลงและมีสุขภาพดีขึ้นกว่าเดิม

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่น่าจะเกี่ยวข้องอีกปัจจัยหนึ่ง คือ ปัจจัยทางชีวสังคม ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ จากการศึกษานี้ปัจจัยทางด้าน

ชีวิตร่วมพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ เหนวกว่า เหนวกว่ามากกว่า ผู้สูงอายุชาย (มาลินี วงศ์สิทธิ์; และ ศิริวรรณ ศิริบุญ. 2544:25) และจากการศึกษาของนิล (สมหมาย จันถี. 2538:5; อ้างอิงจาก Neal. 1986:727-728) ที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหา กับความซึมเศร้า พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีความซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการวิจัยของปาลมอร์ (สมหมาย จันถี. 2538:5; อ้างอิงจาก Palmore. 1980) ที่ว่า ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมและพฤติกรรมในทางที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ใน เรื่องอายุ ผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากเท่าใดก็จะมีสัดส่วนของผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจเพิ่มขึ้นตามอายุ ใน ส่วนของระดับการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 และสูงกว่า มีอัตราส่วนและ ระดับของการมีปัญหาทางจิตใจ เหนวกว่า เหนวกว่าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับกว่า (มาลินี วงศ์ สิทธิ์; และ ศิริวรรณ ศิริบุญ. 2544:25)

จากการที่ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางชีวิตร่วมและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุ โดยจะเลือกศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล เนื่องจากวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลเป็นโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการบำบัดโรคมาช้านาน จึงเป็นที่รู้จักในชุมชนฝั่ง พระนคร มีผู้มาเข้ารับบริการที่หลากหลาย ตั้งแต่เด็กจนกระทั่งถึงผู้สูงอายุ จากการที่หน่วยงานนี้ได้ เล็งเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุจึงก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ซึ่งมีผู้มาเข้าร่วม สมาชิกในชมรมนี้มากเป็นอันดับต้นของประเทศไทย เพียงแต่ว่ายังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุนี้มาก่อน ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กรที่เกี่ยวข้องให้ทราบถึงระดับความซึมเศร้า ตลอดจนปัจจัยที่ มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบในการวางแผนช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ได้รับ การเอาใจใส่ และบริการในด้านต่างๆ จากสังคมได้อย่างดียิ่งขึ้น และทำให้ผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุ ตลอดจนผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุได้รับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่จะต้องเผชิญ เพื่อจะได้ สามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทใหม่ได้อย่างเหมาะสมและมีสุขภาพจิตดี รวมถึงให้ครอบครัวและสังคมได้ เล็งเห็นความสำคัญของการเกื้อหนุนผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชมรม

ผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพ ความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกันของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

4. เพื่อศึกษาตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยการใช้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

ความสำคัญของการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตลอดจนปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบในการวางแผนช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ได้รับการเอาใจใส่ และบริการในด้านต่างๆ จากสังคมได้อย่างดียิ่งขึ้น

2. ทำให้ผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุ ตลอดจนผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุได้รับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่จะต้องเผชิญ เพื่อจะได้สามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทใหม่ได้อย่างเหมาะสมและมีสุขภาพจิตดี

3. ทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล

4. ทำให้ทราบว่า การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้านนั้น ด้านใดที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบในการดูแลผู้สูงอายุได้

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ซึ่งมาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมในปี พ.ศ.2549 ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 120 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

กรณีที่ 1 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าตามปัจจัยชีวิตสังคม

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. เพศ แบ่งเป็น ชายและหญิง
2. อายุ แบ่งเป็น 4 ช่วง คือ
 - 2.1 60 – 65 ปี
 - 2.2 66 – 70 ปี
 - 2.3 71 – 75 ปี
 - 2.4 มากกว่า 76 ปีขึ้นไป
3. สถานภาพสมรส แบ่งเป็น
 - 3.1 คู่
 - 3.2 โสด
 - 3.3 หม้าย/หย่า
4. ระดับการศึกษา แบ่งเป็น
 - 4.1 ต่ำกว่าปริญญาตรี
 - 4.2 ปริญญาตรี
 - 4.3 สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ แบ่งเป็น
 - 5.1 รับราชการ
 - 5.2 ธุรกิจส่วนตัว
 - 5.3 เกษตรกรรม
 - 5.4 อื่นๆ
6. ความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรม แบ่งเป็น
 - 6.1 สม่ำเสมอ
 - 6.2 ไม่สม่ำเสมอ

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า

กรณีที่ 2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีการได้รับการสนับสนุนทางสังคม
ต่างกัน

ตัวแปรอิสระ คือ การสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น

1. ต่ำ (ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย)
2. สูง (สูงกว่าค่าเฉลี่ย)

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า

กรณีที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

ตัวแปรที่ศึกษา คือ การสนับสนุนทางสังคม กับ ภาวะซึมเศร้า

กรณีที่ 4 ศึกษาตัวทำนายภาวะซึมเศร้า

ตัวแปรทำนาย คือ การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน

ตัวแปรเกณฑ์ คือ ภาวะซึมเศร้า

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุวิชัยพยาบาล ซึ่งมาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมในปี พ.ศ. 2549

2. **ช่วงอายุ** ผู้วิจัยได้แบ่งช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 ช่วง คือ

- 2.1 60 – 65 ปี
- 2.2 66 – 70 ปี
- 2.3 71 – 75 ปี
- 2.4 มากกว่า 75 ปีขึ้นไป

3. **สถานภาพสมรส** หมายถึง สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

แบ่งเป็น

- 3.1 คู่
- 3.2 โสด
- 3.3 หม้าย/หย่า

4. **ระดับการศึกษา** หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดที่ผู้สูงอายุสำเร็จการศึกษา

แบ่งเป็น

- 4.1 ต่ำกว่าปริญญาตรี
- 4.2 ปริญญาตรีขึ้นไป

5. อาชีพ หมายถึง อาชีพครั้งสุดท้ายของผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น

5.1 เป็นข้าราชการบำนาญ

5.2 ไม่เป็นข้าราชการบำนาญ

6. การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น สมาชิก และ ไม่สมาชิก

6.1 สมาชิก หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง/เดือนในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา

6.2 ไม่สมาชิก หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมน้อยกว่า 4 ครั้ง/เดือนในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา

นิยามปฏิบัติการ

1. ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านการคิดรู้ และด้านพฤติกรรมที่แสดงออก

1.1 ด้านอารมณ์ความรู้สึก ได้แก่ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง รู้สึกว่างเปล่า วิตกกังวล รู้สึกชีวิตไม่มีคุณค่า ขาดแรงจูงใจ ความพึงพอใจในชีวิตลดลง รู้สึกไม่มีที่พึ่ง ร้องไห้บ่อย อารมณ์เสียง่าย เศร้าใจ หดท้อใจ

1.2 ด้านการคิดรู้ ได้แก่ รู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ๆ กังวลกับชีวิตที่ผ่านมา ความจำไม่ดี คิดว่าคนอื่นดีกว่าตน ตัดสินใจช้า มองโลกในแง่ร้าย

1.3 ด้านพฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ กระวนกระวาย กระสับกระส่าย เฉื่อยชา ไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น แยกตัวจากสังคม

ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ซึ่งแบบวัดนี้มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 30 ข้อ

โดยผู้ที่ได้คะแนน 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 การได้รับการปฏิบัติจากสมาชิกในครอบครัวและนอกครอบครัวรวมถึงการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นมั่นคง มีคุณค่า เกิดกำลังใจในการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็น 5 ด้าน ดังรายละเอียดดังนี้

2.1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน หมายถึง การได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ ได้รับความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณเป็นคนที่รัก

2.2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสดำเนินกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นความรู้สึก ข้อมูล ข่าวสาร ความห่วงใย ความเอื้ออาทรต่อกัน

2.3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าคุณเป็นที่ต้องการ และเป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้ มีการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน

2.4 ความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพนับถือ เห็นคุณค่า ยกย่องและชื่นชมความสามารถตามบทบาททางสังคม รวมถึงการให้อภัย ให้โอกาสในการปรับปรุงตนเอง

2.5 การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่างๆ หมายถึง การได้รับข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ การเงิน วัตถุ และสิ่งของ

การสนับสนุนทางสังคมประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัย ได้ดัดแปลงมาจากแนวคิดของแบรนด์ท์และไวเนอร์ท (Brandt and Weinert) แบบวัดนี้มีจำนวน 32 ข้อ ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ซึ่งมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 32-160 คะแนน และคะแนนรายด้านอยู่ระหว่าง 6-35 คะแนน

โดยผู้ที่ได้คะแนนรวม 32-57 คะแนน และคะแนนรายด้านอยู่ระหว่าง 6-11 คะแนน แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมาก

ผู้ที่ได้คะแนนรวม 58-83 คะแนน และคะแนนรายด้านอยู่ระหว่าง 12-17 คะแนน แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ผู้ที่ได้คะแนนรวม 84-109 คะแนน และคะแนนรายด้านอยู่ระหว่าง 18-23 คะแนน แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

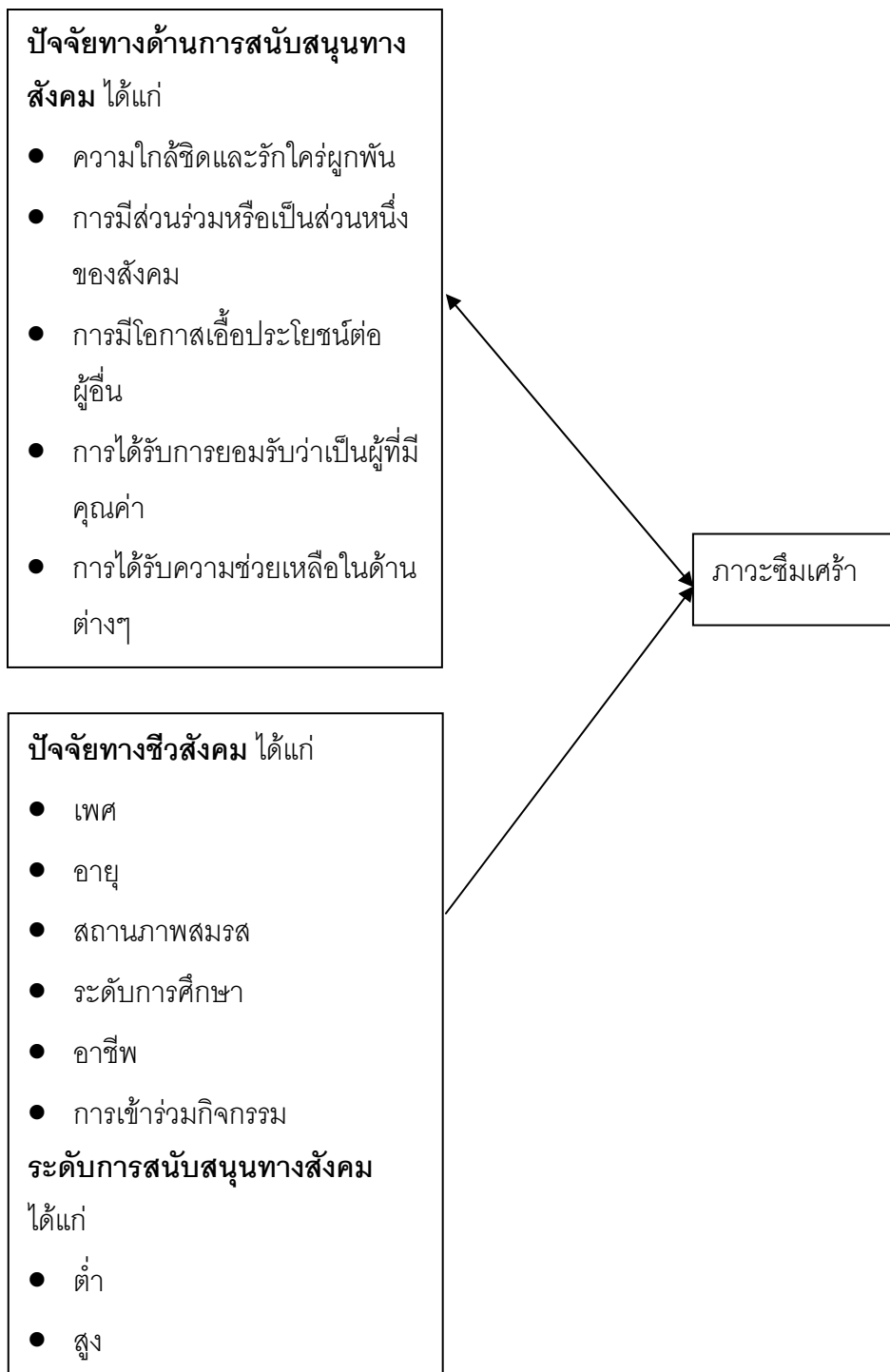
ผู้ที่ได้คะแนนรวม 110-135 คะแนน และคะแนนรายด้านอยู่ระหว่าง 24-29 คะแนน แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

ผู้ที่ได้คะแนนรวม 136-160 คะแนน และคะแนนรายด้านอยู่ระหว่าง 30-35 คะแนน แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมาก

ในส่วนของการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าตามตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 ระดับ คือ

1. ต่ำ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนจากแบบวัดต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม
2. สูง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนจากแบบวัดสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันโดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าโสด หม้าย/หย่า
4. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป
5. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพไม่เป็นข้าราชการบำนาญมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญ
6. ผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมไม่สม่ำเสมอมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมสม่ำเสมอ
7. ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง
8. การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันทางลบ
9. การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านที่ 4 การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่าและด้านที่ 5 การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีอยู่หลายด้าน โดยนำเสนอตามลำดับหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. เอกสารเกี่ยวกับวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

1.1 ประวัติวชิรพยาบาล

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

3.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

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 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ
- 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า
 - 5.2 การทำนายภาวะซึมเศร้าจากตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม

1. เอกสารเกี่ยวกับวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

1.1 ประวัติวชิรพยาบาล (วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. 2548: ออนไลน์.)

วชิรพยาบาลเป็นโรงพยาบาลที่เปิดให้การบำบัดโรคแก่ประชาชน มาช้านานแห่งหนึ่ง เมื่อวชิรพยาบาลเริ่มจะได้รับความเหลียวแลจากผู้มีอำนาจในการทูลบำรุง จึงได้มีการปฏิรูปโรงพยาบาลขึ้นอีกปีละเล็กละน้อย เฉพาะอย่างยิ่งในด้านขยายกิจการสาขาต่าง ๆ และการก่อสร้างสถานที่นับตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๙๘ จนถึงบัดนี้มีการต่อเติมตึกเก่าและก่อสร้างตึกใหม่รวมทั้งสิ้น ๘ หลัง กับได้จัดซื้อที่ดินขยายเขตตัววชิรพยาบาลไปจนจดแม่น้ำเจ้าพระยา เช่นนี้ย่อมทำให้สภาพของโรงพยาบาลค่อย ๆ เปลี่ยนแปลงไปจากลักษณะเดิมปีละเล็กละน้อย

ที่ตั้งวชิรพยาบาลแต่เดิมทีเดียว (ไม่รวมที่ดินแปลงใหม่ที่ได้จัดซื้อเพื่อขยายเขตตัวโรงพยาบาลไปจดริมแม่น้ำเจ้าพระยาเมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๙) คือ ผืนที่ดินซึ่งมีเนื้อที่ประมาณ ๒๗ ไร่เศษ สิ่งก่อสร้างที่สำคัญมีตึกแบบเก่าขนาดใหญ่ ๒ หลัง ที่เคยมองเห็นจากด้านหน้าโรงพยาบาล เดิมเป็นบ้านเลขที่ ๖๗๑ ถนนสามเสน อำเภอดุสิต จังหวัดพระนคร ของพระสรรพการหิรัญกิจ (นายเชย สรรพการ) ตึกเก่า ๒ หลังนี้ หลังใหญ่เป็นตึก ๓ ชั้น (ไม่นับชั้นล่างสุดซึ่งเป็นพื้นซีเมนต์) ส่วนหลังเล็กเป็นตึก ๒ ชั้น ทั้ง ๒ หลังเป็นตึกแบบโบราณพื้นไม้สัก ตัวตึกไม่ปรากฏโครงเหล็ก ผนังตึกก่ออิฐถือปูนหนาไม่น้อยกว่าหนึ่งฟุตครึ่ง ลักษณะเดิมสลักเสลามาก ทราบว่าได้ถูกลบลงโดยออกให้ภายในตึกเป็นแบบเรียบๆ เสียมาตั้งแต่เริ่มใช้เป็นสถานพยาบาล แม้กระนั้นก็ยังปรากฏลวดลายสวยงามตามฝา เพดาน ประตู หน้าต่าง อีกหลายแห่ง แบบคฤหาสน์โบราณ มุขด้านหลังตลอดจนบันไดด้านหลังเป็นหินอ่อน นอกจากนั้นยังมีเรือนไม้สักและกระโจมไม้สัก ซึ่งมีแบบและลวดลายพร้อมด้วยกระจกหลากสีสวยงามแบบโบราณ ส่วนบริเวณทั่วไปมีทั้งที่ราบเนินดินสูง อุโมงค์ ภูเขาจำลอง ไซดหิน ต้นไม้ใหญ่น้อยประดับประดาเป็นจำนวนมาก และมีทั้งทางคดเคี้ยวไปมาแบบเดินในสวนสาธารณะโบราณ สถานที่นี้ปรากฏในเอกสารบางฉบับ เรียกชื่อว่า “หิมพานต์ปาร์ค” ภายในปาร์คนี้มีคลองโดยรอบสี่เหลี่ยม ตามรูปที่ดิน

แล้วบรรจบกันไหลลงสู่แม่น้ำเจ้าพระยาเรียกชื่อว่า “คลองอั้งโล่” ขณะนี้บางตอนของคลอง ทางด้านหน้าและด้านหลังของโรงพยาบาลได้ถมดินหมดสภาพของคูคลองไปบ้างแล้ว ที่ดินและตึกรวมทั้งสิ่งปลูกสร้างในปาร์คนี้ ต่อมาได้ตกเป็นกรรมสิทธิ์ของแบงค์สยามกันมาจุลทุนจำกัดจนกระทั่ง ร.ศ. ๑๓๑ (พ.ศ. ๒๕๕) พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล พระอัฐมรามาธิบดินทร ได้ทรงสละพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์จัดซื้อที่ดิน พร้อมด้วยตึกและสิ่งปลูกสร้าง (ที่ดินโฉนดเลขที่ ๑๔๕/๓๓๕๔-๕/อ เลขที่ ๑๙) ในราคา ๒๔๐,๐๐๐ บาท ทรงมอบให้กรมสุขาภิบาล กระทรวงนครบาล เป็นผู้ปกครองรักษาใช้เป็นสถานพยาบาลช่วยเหลือประชาชนผู้เจ็บป่วย

จากประวัติข้างต้นจะเห็นได้ว่าวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพและเวชวิทยบาล เป็นโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการบำบัดโรคมาช้านาน ให้การบริการด้านสุขภาพและอนามัย จึงเป็นที่รู้จักในชุมชนฝั่งพระนคร มีผู้มาเข้ารับบริการที่หลากหลาย ตั้งแต่เด็กจนกระทั่งถึงผู้สูงอายุ จากการที่หน่วยงานนี้ได้เล็งเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุจึงก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ซึ่งมีผู้มาเข้าร่วมสมาชิกในชมรมนี้มากเป็นอันดับต้นๆของประเทศไทย ชมรมผู้สูงอายุเวชวิทยบาลจึงเป็นที่รู้จักของผู้สูงอายุ

2. เอกสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

กรมประชาสัมพันธ์ (2536: 11) ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง การพัฒนาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ซึ่งเริ่มตั้งแต่เกิดและดำเนินต่อไปจนสิ้นสุดอายุขัยของชีวิตนั้นๆ และการกำหนดให้บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ

ไสว พรหมณี (วาทีณี บุญชะลิกษ์; 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

ส่วนคำว่าผู้สูงอายุ (Elderly) นั้นถูกบัญญัติขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย โดย พล.ต.ต. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโสและผู้สูงอายุจากวงการต่างๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 จนเป็นที่เข้าใจยอมรับ และใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน การกำหนดเกณฑ์ว่า การเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะถืออายุเท่าใดได้มีการศึกษากันมากในเรื่องนี้ ตามคำจำกัดความของมติสมัชชาโลก ผู้สูงอายุที่นครเวียนนา เมื่อ พ.ศ. 2525 หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จึงได้ใช้อายุนี้เป็นเกณฑ์เกษียณอายุการทำงาน แต่ในประเทศที่มีความเจริญทางการแพทย์พบว่า ผู้ที่มีอายุ 60 ปีแล้วยัง

แข็งแรงและยังสามารถทำงานได้ดี จึงมีความพยายามที่จะเพิ่มอายุของการเข้าสู่วัยสูงอายุให้สูงขึ้น คือ เป็น 65 ปี หรือแม้แต่มิแนวนุ่มจะเป็น 70 ปี (ชูศักดิ์ เวชแพศย์. 2531: 2 – 3) สำหรับประเทศไทยได้ กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุว่าหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และถือเป็นเกณฑ์ปลดเกษียณอายุ ราชการของประเทศไทยด้วย

ศรีธรรม ธนะภูมิ (2535: 105) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะเริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ภาวะ ชรามีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ การดูแลร่างกาย พันธุกรรมและการพัฒนาในอดีต วัย ชราเป็นระยะสุดท้ายของชีวิต อาจมีช่วงเวลายาวนานถึง 10 – 20 ปี หรือมากกว่านั้นแตกต่างกัน ถ้ามี การเตรียมตัวเตรียมใจก่อนเข้าสู่วัยนี้ล่วงหน้ามาตั้งแต่วัยกลางคน จะสามารถปรับตัวรับบทบาทของ วัยชราได้ตามสมควรแก่ฐานะ วัยชราเป็นวัยของการพักผ่อนอย่างสงบ มีการพัฒนาจิตใจ สามารถ ปรับตัวต่อสภาพต่างๆในชีวิตได้อย่างภาคภูมิใจ

สรุป ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีชีวิตอยู่ช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต เป็นวัย แห่งความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หน้าที่การงานและบทบาททางสังคมลดลง เป็นวัย ที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ดูแล อุปการะ เพื่อให้มีความสุข

2.2 เกณฑ์การจำแนกผู้สูงอายุ

การจำแนกผู้สูงอายุมีเกณฑ์ในการวัดมากมาย ซึ่งหลักการวัดความสูงอายุ บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2542: 110) กล่าวว่า ความสูงอายุ (Aging) หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่าง ต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ดังนั้นความสูงอายุหรือความชราภาพจึงเกี่ยวข้องกับ ความ เสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และความประพฤติที่เกิดขึ้นตามอายุ เช่น เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ความสามารถทางร่างกายจะลดลง ความสามารถในการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมต่างๆจะลดลง ดังนั้นความสูงอายุจึงมี 2 ลักษณะ กล่าวคือ

1. ความสูงอายุแบบปฐมภูมิ (Primary Aging) เป็นความสูงอายุที่จะต้องเกิดขึ้นกับ ทุกคนเป็นไปตามธรรมชาติ เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ กล่าวคือเมื่ออวัยวะต่างๆ เซลล์ต่างๆในร่างกาย มนุษย์ถูกใช้งานมานานก็ย่อมเกิดความเสื่อมโทรม เสื่อมสภาพไปตามอายุขัยของการใช้งาน ซึ่งการ เสื่อมโทรมลงของเซลล์ต่างๆในร่างกายนี้จะส่งผลให้เห็นเด่นชัดขึ้นทีละน้อย เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น ผม เริ่มเปลี่ยนเป็นสีขาว พลละกำลังเริ่มถดถอยลงเหล่านี้เป็นต้น

2. ความสูงอายุแบบทุติยภูมิ (Secondary Aging) เป็นความสูงอายุที่บุคคลสามารถ หลีกเลี่ยงได้ ความชราภาพลักษณะนี้ มักจะเกิดจากการปล่อยปละละเลยไม่ห่วงกังวล หรือไม่รักษา สุขภาพร่างกาย เช่น การดื่มเหล้าจัด สูบบุหรี่จัด การไม่ออกกำลังกาย สิ่งเหล่านี้สามารถทำให้เกิด ความสูงอายุแบบทุติยภูมิได้

สุรกุล เจนอบรม (2541: 6 – 7) ได้กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้โดยสรุป 4 ลักษณะ ดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) เป็นการดูที่จำนวนปี หรืออายุที่ปรากฏจริงตามปฏิทินโดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาพิจารณาด้วย
2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Aging หรือ Biological Aging) โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี เช่น ผมเริ่มขาวขึ้น ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระ สายตาวาย ศีรษะล้าน
3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Aging) เป็นการพิจารณาจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้ และเรียนรู้ที่ถดถอยลง
4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological Aging) เป็นการดูจากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลอื่นๆ ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานด้วย

จากเกณฑ์ทั้ง 4 ลักษณะนี้สามารถสรุปได้ว่า บุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้น สติปัญญา ความจำ การเรียนรู้ สภาพจิตใจจะเปลี่ยนแปลงไป บทบาทภาวะหน้าที่ทางสังคมก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

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

1. ช่วงไม่ค่อแก่ (The Young – Old) อายุ 60 – 69 ปี
2. ช่วงแก่ปานกลาง (The Middle – Aged Old) อายุตั้งแต่ 70 – 79 ปี
3. ช่วงแก่จริง (The Old – Old) อายุประมาณ 80 – 89 ปี
4. ช่วงแก่จริงๆ (The Very Old – Old) อายุประมาณ 90 ปีขึ้นไป

การที่แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่มแบบนี้ สลาวิตรี ลัมชัยอรุณเรือง (สลาวิตรี ลัมชัยอรุณเรือง. 2536: 18) ได้ให้เหตุผลไว้ว่าในระยะแรกของการศึกษาเรื่องผู้สูงอายุนั้นการแบ่งกลุ่มแบบนี้เป็นการแบ่งกลุ่มอายุแบบนักประชากรศาสตร์ที่มักแบ่งกลุ่มอายุ 10 ปี ต่อมาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้น นักวิจัยจึงได้พบคุณลักษณะที่แสดงถึงความแตกต่างของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มค่อนข้างชัดเจนโดยเฉพาะด้านภาวะสุขภาพกาย จิต ซึ่งเกิดภาวะเสื่อมถอยมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ข้อ

ค้นพบเหล่านี้ช่วยยืนยันให้นักวิจัยเกิดความมั่นใจในการแบ่งกลุ่มอายุว่าแบ่งได้เหมาะสมในแต่ละกลุ่มอายุ ผู้สูงอายุมีลักษณะแตกต่างค่อนข้างชัดเจน ดังนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุไม่ค่อยแก่ จะเป็นช่วงที่บุคคลต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม สูญเสียรายได้ โดยทั่วไปผู้สูงอายุจะยังคงเป็นคนที่ค่อนข้างแข็งแรง กระฉับกระเฉง ภาวะความเสื่อมถอยมีร่องรอยปรากฏบ้างเล็กน้อย

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

3. กลุ่มผู้สูงอายุช่วงแก่จริง ความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมทำได้ยากขึ้น ต้องการความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ไม่วุ่นวาย และต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่านมา ย้อนคิดถึงอดีตมากขึ้นด้วย

4. กลุ่มผู้สูงอายุช่วงแก่จริงๆ มีภาวะความเสื่อมถอยของร่างกาย จิตใจมาก ต้องการการพักผ่อนตามลำพังอย่างสงบมากกว่าทุกกลุ่ม ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงกว่าเดิม ผู้สูงอายุจะมีลักษณะอยู่กับที่มากกว่าจะเข้าสังคม สำหรับผู้สูงอายุที่ผ่านวิกฤตต่างๆ มาแล้วด้วยดีมากมายจะเป็นระยะแห่งความสุขสงบพอใจในตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้เกณฑ์การแบ่งผู้สูงอายุเป็น 4 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 อายุ 60 - 65 ปี, ช่วงที่ 2 อายุ 66 - 70 ปี, ช่วงที่ 3 อายุ 71 - 75 ปี และช่วงที่ 4 อายุมากกว่า 76 ปีขึ้นไป ตามความเหมาะสมของลักษณะผู้สูงอายุในประเทศไทย

2.3 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านสติปัญญา ด้านความสนใจ และด้านจิตใจและอารมณ์ ดังนี้ (กัลยา นาคเพ็ชร; และคนอื่นๆ. 2542: 128-132; จันทรเพ็ญ 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 ผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมของสายตามีทั้งสายตาวายและสายตาวัดจากต้อเนื้อหรือต้อกระจก การรับรู้ภาพเกี่ยวกับสีและความลึกลดลง ทำให้เห็นภาพต่างๆไม่ชัดเจน ต้องมองผ่านแว่นตา

2.3.1.1.2 การฟังหรือการได้ยินเสียงจะน้อยลง เพราะประสาทหูเสื่อมทำให้ได้ยินไม่ค่อยชัดเจน นอกจากนั้นยังมีการเสื่อมของเซลล์รับเสียงสูง คนสูงอายุจึงได้ยินเสียงต่ำได้ดีกว่าเสียงสูง

2.3.1.1.3 การรับรสและกลิ่นเสื่อมลง เนื่องจากประสาทรับรสที่ลิ้นและพื้นที่ผิวภายในแก้มมีการหดตัว และจะหดตัวมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น ผู้สูงอายุบางคนที่มีร่างกายมีการขาดวิตามินและเกลือแร่บางชนิด 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 การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาที่ใช้กำลังมากๆช่วงระยะเวลาสั้นๆ เช่น ยกน้ำหนัก กระโดดไกล มวยปล้ำ ยูโด จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อและเอ็นฉีกขาดได้ง่าย ส่วนข้อต่อและกระดูกจะมีการเสื่อมสภาพและบางลง จึงมีโอกาสเกิดข้ออักเสบหรือกระดูกสันหลังหักยุบได้ นอกจากนั้นการรับรู้ความรู้สึกทรงตัวเสื่อมจึงทำให้ผู้สูงอายุอาจเสียการทรงตัวและเกิดหกล้มเป็นอันตรายได้มาก

2.3.1.2 การเปลี่ยนแปลงความสามารถทางสมอง

ในวัยนี้ น้ำหนักสมองจะลดลงเนื่องจากขนาดเซลล์ประสาทลดลง ทำให้ความจำเสื่อม จำเรื่องราวหรือเหตุการณ์ในอดีตได้แม่นกว่าเรื่องราวหรือเหตุการณ์ในปัจจุบัน มีอาการหลงลืมง่ายแต่บุคคลที่มีสุขภาพสมบูรณ์ ประสิทธิภาพของสมองจะเหมือนบุคคลวัยอ่อนกว่า สามารถทำงานได้ตามปกติ ปัจจุบันมีผู้นิยมใช้ฮอร์โมนเพศเพื่อช่วยรักษาความจำให้ดีขึ้น

สาเหตุของความเสื่อมทางสมองอีกปัจจัยหนึ่งที่พบบ่อยในวัยสูงอายุที่เป็นผลมาจากเจตคติของผู้สูงอายุเอง พบว่าส่วนมากผู้สูงอายุจะมีความเชื่อว่าอายุมากเกินที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และกลัวการถูกวิพากษ์วิจารณ์ถ้าหากจะลองพยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเฉื่อยชา ยิ่งทำให้ความจำลดน้อยลง

2.3.1.3 การเปลี่ยนแปลงร่างกายด้านอื่นๆที่สำคัญ ได้แก่

2.3.1.3.1 การเปลี่ยนแปลงการทำงานภายในร่างกาย ผู้สูงอายุจะปรับสภาพหรืออดทนต่อการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอุณหภูมิได้ช้าและได้น้อยทั้งอากาศร้อนและหนาว การรับรู้สื่กบริเวณผิวหนังและปลายนิ้วลดลง เนื่องจากเส้นเลือดฝอยบริเวณผิวหนังลดลง ระดับการเผาผลาญอาหารลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออ่อนกำลัง มีผลทำให้อุณหภูมิของร่างกายคงที่ได้ยาก

2.3.1.3.2 ผิวหนังแห้งและหยาบ เหี่ยวยุบเป็นริ้วรอย เนื่องจากต่อมน้ำมันหรือต่อมเหงื่อเสื่อมสมรรถภาพลง ปริมาณไขมันที่กักตุนน้อยลงทำให้แก่ตอ

2.3.1.3.3 ผม มีสีขาว หงอก และเบาบางลง

2.3.1.3.4 ฟัน จะค่อยๆหลุดร่อยหลอไป บางทีถึงกับสูญเสียฟันทั้งปากทำให้รูปร่างปากเปลี่ยนไป เสียงพูดผิดเพี้ยนไป การรับประทานอาหารก็ทำให้ผู้สูงอายุต้องเลือกรับประทานอาหารแต่พวกคาร์โบไฮเดรตหรือแป้ง หรือเป็นอาหารอ่อนกาน้อยเพื่อสะดวกในการเคี้ยว 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 หลังมักจะค่อมโค้งงอ 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 จึงมักพบมีการคั่งของสารยูเรียไนโตรเจนในเลือด

2.3.1.3.9 ระบบการไหลเวียนโลหิต การยืดหยุ่นของหลอดเลือดจะน้อยลง หากได้รับอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลมากจะทำให้เป็นโรคอ้วน และมีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์และโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแข็งตัว และโรคหัวใจขาดเลือดได้ง่าย

2.3.1.3.10 การเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ มีการเสื่อมพลังงานทางเพศ ความรู้สึกทางเพศสัมพันธ์ในผู้ชายจะยังคงมีและมีมากกว่าในผู้หญิง และยังสามารถมีบุตรได้กับหญิงในวัยเจริญพันธุ์

สรุป การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านประสาทการรับรู้ ความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถทางสมอง และมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานภายในร่างกาย เช่น ผิวหนังแห้ง ผมขาวหงอก บางลง ฟันหลุดร่วง ระบบทางเดินอาหารเปลี่ยนแปลง และความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายลดลง

2.3.2 ด้านสังคม

วัยสูงอายุเป็นช่วงวัยแห่งการปลดเกษียณทำให้ต้องแยกจากสังคม ขาดการติดต่อกับเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง บทบาทหน้าที่ต่างๆเปลี่ยนแปลงไปจากบทบาทการเป็นผู้บริหาร การเป็นที่ปรึกษาของคนวัยกลางคน การเป็นหัวหน้าครอบครัว มาเป็นผู้ใหญ่ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเสียเป็นส่วนใหญ่ มีบ้างที่ให้ผู้สูงอายุพึ่งพาขึ้นอยู่กับการสนับสนุนและพัฒนาก่อนๆของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง บุคคลได้สร้างฐานะดี ทำงานมาก มีเงินมาก มีการเตรียมความพร้อมรับกับภาวะหลังปลดเกษียณดีก็จะทำให้บุคคลนั้นคงความเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข มีความเป็นอยู่ที่พึงพอใจ มีเศรษฐกิจพอเพียง เป็นที่รักใคร่ของลูกหลาน แม้ว่าต้องลดบทบาทจากการเป็นผู้นำครอบครัวมาเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว ให้บุตรมาเป็นผู้นำครอบครัวแทนด้วยความพึงพอใจ แต่ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลใดในช่วงวัยก่อนสูงอายุประสบกับความล้มเหลวของชีวิต ไม่สามารถสร้างครอบครัวได้สำเร็จ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะประสบแต่ความทุกข์ ฐานะเศรษฐกิจไม่ดี ไม่มีเงินบำนาญจนเจือ จึงไม่กล้าติดต่อกับความสัมพันธ์กับใคร แยกตัวอยู่ตามลำพัง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจึงขึ้นอยู่ด้วยความพร้อมของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล และโอกาสที่จะเอื้ออำนวย เช่น ภาวะสุขภาพ สภาพเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในครอบครัว สภาพการครองเรือน เป็นต้น ผู้สูงอายุจึงควรมหากิจกรรมที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง เช่น การปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ฯลฯ ช่วยให้เกิดความเพลิดเพลินในกิจกรรม เอื้อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบกลุ่มกิจกรรมทางสังคมที่มีความสนใจในแบบเดียวกัน

สรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมในผู้สูงอายุ มักเป็นการถูกแยกจากสังคม มีการติดต่อกับบุคคลอื่นลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทั้งในครอบครัวและหน้าที่การงาน

2.3.3 ด้านสติปัญญา

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความสามารถด้านสติปัญญาจะพัฒนาไปในทางเสื่อมลง เนื่องจากอวัยวะรับสัมผัสต่างๆมีการเสื่อมลง เช่น ตามัว หูตึง การรับรสชาต เป็นเหตุให้การรับรู้ช้าลง หรือบกพร่อง ประกอบกับมีความเสื่อมของสมองทำให้ความจำลดลง ผู้สูงอายุจะสามารถจำความหลังเก่าๆ ซึ่งเป็นความจำช่วงยาวได้ดีกว่าความจำในเหตุการณ์ที่เพิ่งผ่านพ้นไป ซึ่งเป็นความจำช่วงสั้น การเรียนรู้เรื่องใหม่ๆจะช้าลง ความว่องไวในการคิดจะลดลง บุคคลที่ทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลาหลายปีและต่อเนื่องสม่ำเสมอ เมื่อถึงวัยนี้การทำงานของสมองจะปกติ มีเขาวนปัญญาที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานเป็นประจำ

สรุปการเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญาในผู้สูงอายุมักเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ทำให้การเรียนรู้และการรับรู้ลดลง

2.3.4 ด้านความสนใจ

ความสนใจของบุคคลในวัยสูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะต่างๆ ดังนี้

2.3.4.1 ความสนใจในตนเอง ช่วงนี้จะเป็นช่วงที่ส่วนใหญ่มักไม่ได้ประกอบอาชีพ มีชีวิตอยู่ภายใต้ความคิดของตนเองเกี่ยวกับอดีตและปัจจุบัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่แยกตัวอยู่ตามลำพัง มักจะมีความรู้สึกถูกละเลย ทิ้ง ดังนั้นจึงคิดถึงตัวเองมากที่สุด มีความยึดมั่นในตนเอง ไม่ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น วัยนี้จึงวิตกกังวลเรื่องสุขภาพและความตาย

2.3.4.2 ความสนใจด้านศาสนา คนในวัยสูงอายุจะสนใจในการปฏิบัติธรรม ทั้งนี้เพราะศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ทำให้บุคคลได้ศึกษาหลักธรรมและความเป็นจริงของชีวิต ทำให้ไม่เกิดความกังวลกับความตายมากเกินไป

2.3.4.3 ความสนใจด้านเศรษฐกิจ รายได้ของวัยนี้มักจะเป็นผลจากการเก็บออมมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ บางคนต้องพึ่งพาอาศัยบุตรหลานอาจเกิดความคับข้องใจได้

สรุป การเปลี่ยนแปลงในด้านความสนใจของผู้สูงอายุจะแตกต่างกันไปในหลายๆลักษณะ เช่น สนใจในตนเอง สนใจด้านศาสนา หรือด้านเศรษฐกิจ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของชีวิตที่ผ่านมา

2.3.5 ด้านจิตใจและอารมณ์

ในวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายอย่าง ซึ่งเป็นไปในด้านลบ อันประกอบด้วย

2.3.5.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทั้งนี้เพราะมีเพื่อนฝูงตายจากหรือบุคคลที่เป็นญาติสนิทหรือคู่ชีวิตที่ตายจาก ทำให้ผู้สูงวัยเกิดความรู้สึกถูกแยกถูกพราจากบุคคลอันเป็นที่รัก ก่อให้เกิดความเศร้าได้ง่าย

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

2.3.5.3 ความสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากในวัยผู้สูงอายุนี้นุตรธิดาก็มักจะมีครอบครัวกันแล้ว และแยกย้ายกันไปอยู่ต่างหาก โดยเฉพาะในลักษณะของสังคมยุคปัจจุบัน ที่ครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวมากกว่าลักษณะครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับลูกหลานของตนลดถอย โดยต่างคนต่างอยู่หรือมีการติดต่อสัมพันธ์กันหรือมีกิจกรรมร่วมกันลดลงกว่าเดิม ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ยิ่งขาดกำลังวังชาในการดูแลกิจกรรมในบ้านในครอบครัวของตนเองด้วยแล้ว ก็ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเจ็บเหงาเปล่าเปลี่ยว เกิดความซึมเศร้า เบื่อหน่ายเกิดขึ้นได้ง่าย

2.3.5.4 ความสูญเสียสมรรถนะทางเพศ ซึ่งเป็นการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ทางจิตใจของคนเรา อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกาย ทำให้เกิดการเสื่อมในสมรรถนะทางเพศ ตลอดจนความสวยงามสดงามของรูปร่างหน้าตาก็หมดไปด้วย ผลอันนี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล เพราะรู้สึกว่าตนเองขาดความดึงดูดความสนใจจากเพศตรงข้าม ยิ่งทำให้เพิ่มความหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิตยิ่งขึ้น

สรุป จากผลของการสูญเสียในสิ่งต่างๆด้านจิตใจและอารมณ์ดังกล่าว มีผลทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางใจในผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เกิดความรู้สึกว่าเหว รู้สึกหมดหวังท้อแท้ในชีวิต เกิดความซึมเศร้า ประกอบกับถูกโหมจ้ำจอนจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและพบว่า ตนเองความจำก็ไม่ได้ การได้ยินก็ไม่ชัดเจน ยิ่งทำให้อารมณ์หวั่นไหวมากยิ่งขึ้น จนทำให้ในบางคนที่ปรับตัวไม่ได้ เกิดป่วยทางสุขภาพจิตได้ในระยะนี้ ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยๆคือ โรคซึมเศร้า โรคจิตในวัยสูงอายุ การฆ่าตัวตาย และโรคกลุ่มอาการทางสมองที่มีการกระทบกระเทือนทางจิตใจ อันเกิดจากเส้นเลือดตีบในสมอง

สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุมีสาเหตุดังนี้

1. ความจำ

ผู้สูงอายุอาจจะมีอาการจำเรื่องราวในอดีตได้อย่างสมบูรณ์ ในขณะที่ความจำต่อสิ่งใหม่ๆมีน้อย กล่าวสั้นๆก็คือ เรื่องใหม่ลืมง่าย เรื่องเก่าจำได้ดี จากกฎการถอยกลับของโรบอดท์

(Ribot's Law of Regression) พบว่า ผู้สูงอายุจะจำเหตุการณ์ในวัยเด็กได้ง่ายและชัดเจนกว่า เหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น การมีชีวิตอยู่กับอดีตและความหลังเป็นสิ่งปกติวิสัยของผู้สูงอายุ ความทรงจำต่อเหตุการณ์ที่เพิ่งผ่านไปสำหรับผู้สูงอายุมักจะจำคำบอกเล่าได้ดีกว่าสิ่งที่พบเห็นจริงด้วยตนเอง ด้วยเหตุนี้การช่วยความทรงจำของผู้สูงอายุโดยอาศัยเนื้อความสำคัญในการบอกเล่านั้นๆเป็นประเด็นไป

2. สถิติปัญญา

ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมของสมอง ความคิดความอ่านช้าลง แต่ความแม่นยำยังคงมีเท่าๆกับคนหนุ่มสาว ถ้าให้เวลามากขึ้น ความสามารถในการแสดงความคิดเห็นและวิจารณ์ญาณจะทำได้ดีในสถานการณ์ที่ต้องอาศัยประสบการณ์ ความสุขุมรอบคอบ ความสามารถในการวิเคราะห์และคำนวณสิ่งต่างๆจะลดลง แต่ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาษายังคงมีอยู่จนกระทั่งระยะสุดท้ายของชีวิต

3. การเรียนรู้

ผู้สูงอายุจะมีความกระตือรือร้นในการเรียน ความเข้าใจน้อยและช้าลง ซึ่งสิ่งนี้จะมีผลสัมพันธ์กับการใช้ความจำที่ลดน้อยลง ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกเหนื่อย และคิดว่าในช่วงชีวิตที่ยาวนานของตนเองได้เกิดการเรียนรู้มาพอเพียงแล้ว ต้องการการพักผ่อนมากกว่า

4. ความตายของบุคคลผู้ใกล้ชิด

ความตายของบุคคลผู้ใกล้ชิด เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความกลัวหวั่นวิตกกังวลเป็นอย่างยิ่ง และจะเกิดความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง ไม่มั่นใจ และรอคอยระยะเวลาที่ความตายจะมาถึงตนเอง จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะเครียด และตกอยู่ในความอ้างว้างเดียวดายอย่างยิ่ง 3 ใน 4 ของบุคคลผู้เสียชีวิตมักจะมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ความตายของญาติและเพื่อนสนิท ความเศร้าโศกอาดูรที่เกิดขึ้นในบั้นปลายของชีวิตเป็นสิ่งที่คนสูงอายุปรับตัวปรับใจได้ยาก รูปแบบการแสดงออกซึ่งอารมณ์ความรู้สึกเศร้าโศกอาดูรจะไม่เหมือนในวัยหนุ่มสาวทั่วไป บางรายอาจเก็บความรู้สึกไว้ ไม่มีการเวทนา คร่ำครวญ บางรายแสดงออกมาในลักษณะบอกลาถึงความผิดปกติทางร่างกายอยู่ตลอดเวลา

การสูญเสียคู่ชีวิต คู่คิดหรือเพื่อนคุยที่เข้าใจกันดีมาเป็นระยะเวลานาน จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกหดหู่ เศร้า เดียวดาย หงอยเหงา อ้างว้างเป็นอย่างยิ่งและหากการสูญเสียนี้เกิดขึ้นกะทันหัน โดยมิได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าแล้วจะมีผลต่อสภาพจิตใจอย่างรุนแรงจนบางครั้งผู้สูงอายุที่อยู่เกิดการตรอมใจ เป็นผลทำให้การทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆทำหน้าที่ช้าลง อ่อนลง เพราะขาดกำลังใจได้

5. บุคลิกภาพ

ลักษณะและรูปแบบของบุคลิกภาพดั้งเดิมจะคงไว้ได้ แต่ลักษณะเด่นเฉพาะจะแสดงออกมามากขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น (จันทรพิชญ์ เนียมอินทร์. 2539 : 14-20; อ้างอิงจาก Neugarten. 1968) ได้แบ่งรูปแบบของบุคลิกภาพที่มนุษย์ปรับตนเองเข้าสู่วัยชราและครบเกษียณอายุไว้ดังนี้คือ

5.1 บุคลิกภาพแบบผสมผสาน (Integrated personalities) คนส่วนมากจะอยู่ในรูปแบบนี้ ซึ่งจำแนกเป็นรูปแบบย่อยได้ดังต่อไปนี้

5.1.1 “Reorganizers” กลุ่มนี้จะค้นหากิจกรรมหรือหาพฤติกรรมปรับปรุงความสามารถดั้งเดิมที่หายไป 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 พยายามยึดรูปแบบบุคลิกภาพของตนในวัยกลางคนไว้และมีความพึงพอใจในระดับสูงต่อการยึดถือเช่นนั้น

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 มึนซึม ไม่สนใจใยดีต่อสิ่งแวดล้อม มีกิจกรรมน้อย มีความพอใจระดับปานกลางและต่ำ

5.4 บุคลิกภาพแบบขาดการผสมผสาน (Unintegrated personalities)

พวกนี้ไม่สามารถปรับตัวปรับใจให้ยอมรับความชราของตนเองได้ ขาดการควบคุมอารมณ์ มีการบกพร่องด้านความคิดอ่านและภาวะจิตใจอย่างเห็นได้ชัด จะยังคงอยู่ในชุมชนได้ แต่จะมีพฤติกรรมและความพึงพอใจต่อชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

ผู้สูงอายุส่วนมากจะยึดถือต่อความคิดเห็นของตนเอง ยึดมั่นต่อสิ่งดั้งเดิม ไม่ค่อยยอมเปลี่ยนแปลงสิ่งใดง่ายๆ โดยเฉพาะถ้าสิ่งนั้นทำให้เขาประสบความสำเร็จมาแล้วในอดีต ความหัว

เก่าหรือการไม่ยอมเปลี่ยนแปลงอะไรง่ายๆ ในผู้สูงอายุที่มีมากขึ้นนั้นเป็นผลมาจากความกดดันทางสภาพเศรษฐกิจและสังคม

ผู้สูงอายุยังมีการปรับตัวค่อนข้างลำบาก โดยเฉพาะในเพศชายวัยก่อนเกษียณอายุ ซึ่งเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ การเป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป ตลอดจนความรู้สึกสูญเสียสมรรถภาพ ความสามารถในการทำงาน โดยที่คิดว่าตนเองยังทำได้ สิ่งนี้จะทำให้เกิดความรู้สึกกลัว ไม่มั่นคง สับสน มีการเปลี่ยนแปลงทางสภาพ อาชีพ และรายได้ ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าช่วงนี้เป็นช่วงที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น เป็นช่วงที่เสมือนไร้ความสามารถ

ผู้สูงอายุบางรายที่มีอายุมาก จะมีความภาคภูมิใจในควมมีอายุยืนยาวของตนเอง และมักมีความวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของตนเองน้อยลง ยอมรับสภาพความเป็นจริง ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น

สรุป การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ มีสาเหตุจากความทรงจำในอดีต สถิติปัญหา การเรียนรู้ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งบุคลิกภาพที่ต่างกััน

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจในผู้สูงอายุ

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจในผู้สูงอายุ แยกได้ 4 ประการ คือ

1. การรับรู้ ผู้สูงอายุมักจะยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเองการรับรู้ต่อสิ่งใหม่เป็นไปได้ยาก เพราะความสามารถและประสิทธิภาพของอวัยวะรับรู้ความรู้สึก การสื่อสาร และการรับรู้เสื่อมสมรรถภาพลง ความสามารถในการจำจดถอย ทำให้การทำความเข้าใจกับการสื่อสารด้วยภาษาพูด กิริยาท่าทางหรือการสื่อในรูปแบบอื่นๆเป็นไปอย่างช้าๆ และไม่สู้สมบูรณ์ การแปลความหรือตีความมีโอกาสผิดพลาดง่าย ต้องอาศัยเวลา ผู้สูงอายุมักจะใช้ประสบการณ์ที่เคยผ่านมาเป็นเครื่องประกอบการตัดสินใจรับรู้ของตน บางครั้งการรับรู้นั้นก็ลำเอียงไปตามความเข้าใจของตน ด้วยลักษณะดังกล่าวนี้ผู้สูงอายุจึงมักมีความคิดเห็นไม่ตรงกับผู้อ่อนวัยกว่า และมักจะขัดแย้งกัน อีกประการหนึ่งผู้สูงอายุจะมีความคิดและคตินิยมดั้งเดิมเป็นอารมณ์อยู่ซึ่งเปลี่ยนแปลงยาก เพราะเป็นนิสัยที่ปลูกฝังมานานนับสิบปี

2. การแสดงออกทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นกลไกเกี่ยวเนื่องกับการสนองความต้องการของจิตใจ ต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ต่างๆ ส่วนใหญ่จะเป็นความท้อแท้และน้อยใจ โดยรู้สึกว่าสังคมมิให้ความสำคัญแก่ตนเองดังที่เคยเป็นมาแต่ก่อน บางครั้งก็ลืมไปว่าตนได้ถึงวาระแห่งการเปลี่ยนแปลงแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนจิตใจเพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์จะเป็นอยู่ชั่วระยะเวลาหนึ่ง เมื่อผู้สูงอายุเริ่มยอมรับและปรับสภาพได้ว่า เมื่อมีอายุต้องมีความสูญเสียต้องมียุทธศาสตร์ใหม่ที่มีใช้ปฏิบัติเอง เป็นแต่เพียงผู้แนะนำหรือบางทีต้องเป็นผู้รับการดูแล เพราะข้อจำกัดต่างๆของสังขาร ความมีเหตุผลและประสบการณ์การเรียนรู้จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้จักการสกัดกั้นทางอารมณ์และแสดงออกในทางที่ดีขึ้น

3. การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง การมีอายุมากขึ้นก็คือเดินเข้าสู่ความตาย ความตายเป็นกาลเวลาแห่งความสิ้นสุด การยอมรับต่อสภาวะดังกล่าวของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุพัฒนาวิถีดำเนินชีวิตให้กับตนเองเป็นโลกใหม่ของวัยผู้สูงอายุ ซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันไปตามเหตุผลและความพึงพอใจของแต่ละบุคคล บางคนมุ่งสร้างชีวิตที่ดี บางคนมุ่งชีวิตสงบเข้าวัดถือศีล กินมังสวิรัต บางคนชอบเลี้ยงหลาน และบางคนก็ชอบอยู่คนเดียว เพราะทำให้รู้สึกอิสระและได้ใช้ชีวิตอย่างที่ตนชอบก่อนที่จะตาย

4. ความสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดล้อมเฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและตรงกับความต้องการของตนเองเท่านั้น โดยมีอารมณ์เป็นพื้นฐาน ความสนใจส่วนใหญ่จะมุ่งไปที่ตัวเอง เพราะมีเวลาที่จะคิดถึงตนเอง เนื่องจากว่างจากภาระกิจการงานและสังคม จะชอบหรือสนใจในสิ่งที่ตนคุ้นเคยเท่านั้น งานแปลกใหม่อื่นๆจะไม่ชอบ ความสนใจสิ่งแวดล้อมอื่นๆอาจมีอยู่บ้าง แต่ลดถอยไปมาก ชอบชีวิตเรียบง่าย ความมั่งคั่งหรือไฝฝืนในชีวิตลดลงหรือไม่มีเลย ชอบที่จะเป็น ผู้ตามมากกว่าผู้นำ ยกเว้นบางคนที่ยังคงความสามารถอยู่แต่น้อยคนมาก

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุมักเป็นการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของการรับรู้ การแสดงออกทางอารมณ์ การสร้างวิถีการดำเนินชีวิตของตนเอง และการสนใจสิ่งแวดล้อม

2.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีการศึกษา 2 ด้านด้วยกัน คือ ในด้านร่างกายและด้านจิตใจ ทฤษฎีผู้สูงอายุซึ่งจะนำเสนอในที่นี้ จึงมีทฤษฎีทางชีววิทยา ซึ่งกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยา และสรีระวิทยาในผู้สูงอายุกับทฤษฎีทางด้านจิตใจ ซึ่งอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

ในผู้สูงอายุ ทฤษฎีดังกล่าวมีดังต่อไปนี้ (จันทร์เพ็ญ เนียมอินทร์. 2539: 28-31)

2.4.1 ทฤษฎีทางด้านร่างกาย

2.4.1.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories) นักชีววิทยาหลายท่านได้อธิบายถึงกระบวนการทางชีววิทยา สรีระวิทยา และการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างต่างๆในวัยสูงอายุ และทฤษฎีนี้มีหลายทฤษฎีย่อย 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) วิลสันเชื่อว่า ยีนส์เป็นตัวกำหนดการเปลี่ยนแปลงตลอดช่วงอายุของคน

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

2.4.1.1.4 ทฤษฎีโมเลกุล (Molecular Theory) อธิบายว่า สาเหตุของการสูงอายุเกิดจากการถ่ายทอด DNA ทำให้เซลล์ใหม่แตกต่างไปจากเดิม จึงทำหน้าที่เปลี่ยนไป

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

2.4.1.1.6 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) เชื่อว่า การเสื่อมของเซลล์ในร่างกายเป็นผลของการสะสมของสารประกอบทางเคมีไปทำให้ยีนส์เกิดความผิดปกติ และทำให้เกิดคอลลาเจน 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) เชื่อว่า ความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง พร้อมกับมีการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น ทำให้มีการต่อต้านตนเอง ทำลายเซลล์ของร่างกาย ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย

2.4.1.2 ทฤษฎีทางสรีรวิทยา (Physiological Theory) เชื่อว่า ศูนย์ควบคุมความร้อนไฮโปทาลามัสซึ่งอยู่ในสมองทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของต่อมไร้ท่อ จะเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยลงเมื่ออายุมากขึ้น

2.4.2 ทฤษฎีทางด้านจิตใจ

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

2.4.2.1.1 ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่ปราดเปรื่อง และคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ ต้องมีความสนใจเรื่องราวต่างๆ มีการค้นคว้าพยายามเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา และผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้ได้ต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี มีเงินใช้สอยไม่เดือดร้อน เป็นเครื่องเกื้อหนุน

2.4.2.1.2 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) เชื่อว่า ผู้สูงอายุนั้นจะสุขหรือทุกข์ ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง และการพัฒนาจิตใจ ถ้าผู้สูงอายุเติบโตมาด้วยความมั่นคงอบอุ่น มีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุข สามารถอยู่กับบุตรหลานหรือผู้อื่นได้โดยไม่มีความเดือดร้อนใจ แต่ถ้าผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ทำงานร่วมกับใครไม่ได้ จิตใจคับแคบ และมักรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองทำคุณกับใครไม่ขึ้น มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีความสุข ชีวิตเศร้าและเจ็บปวด

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

2.4.2.2.1 ทฤษฎีกิจกรรมทางสังคม (Activity Theory) ให้ความสำคัญต่อกิจกรรมทางสังคมว่าเป็นหลักของชีวิตของบุคคล กล่าวคือ การปรับตัวของบุคคลมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับกิจกรรมทางสังคม ยิ่งมีกิจกรรมมากยิ่งขึ้นเท่าไรก็จะปรับตัวได้มากขึ้นเท่านั้น ตามแนวคิดนี้ บุคคลผู้ชราจะพยายามรักษาทัศนคติ และกิจกรรมในวัยกลางคนไว้ให้ได้มากที่สุด และพยายามทดแทนกิจกรรมที่หายไปนั้นด้วยกิจกรรมใหม่ๆ และทำนายได้ว่าบุคคลที่มีความกระตือรือร้นทางสังคมจะมีมโนภาพแห่งตนในทางบวก มีส่วนร่วมในสังคม มีความพอใจในชีวิต และจะเป็นผู้ยอมรับความชราภาพเป็นอย่างดี เพราะฉะนั้นนักวิชาการ เช่น เบอร์เกส เป็นต้น จึงเสนอแนะว่าผู้ชราควรได้รับการจัดบทบาทใหม่ๆ ซึ่งในปัจจุบันนี้บุคคลในวัยชราจะอยู่ในสภาพไม่มีบทบาททางสังคม (Roleless) และสภาพการณ์เช่นนี้ ยังได้รับการสนับสนุนจากสังคมโดยรวมอีกด้วย เพราะฉะนั้นจึงน่าจะได้มีการปรับสถานการณ์นี้เสียใหม่

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

2.4.2.2.2 ทฤษฎีถอยจากสังคม (Disengagement Theory) อธิบายว่าบุคคลจะลดบทบาททางสังคมลงไปตามอายุ ซึ่งจะอยู่ในลักษณะที่สมยอมทั้งสองฝ่าย คือ ฝ่ายตัวบุคคล และฝ่ายสังคม และผู้ชราจะพยายามลดความขัดแย้งจากสถานภาพ โดยการยอมรับบทบาทของตนตามที่สังคมต้องการ กระบวนการถอยออกจากสังคมจะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล แต่ตามแนวคิดนี้บุคคลจะค่อยๆ ลดความผูกพันต่อสังคมลงเป็นลำดับ โดยที่มีความตระหนักด้านอายุ และความคับแคบของประสบการณ์ที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งความสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุ วัยชราจะค่อยๆ ลดบทบาททางสังคมของตนลง ทำให้สูญเสียสถานภาพทางสังคม ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า แม้ว่าทฤษฎีถอยจากสังคมได้รับการวิจารณ์ในเชิงลบอยู่บ้าง เช่น กล่าวว่าการถอยออกจากสังคมจะเกิดในผู้ชราบางช่วงอายุหรือในบางพฤติกรรมเท่านั้น หรือมีการถอยจากบทบาทบางอันเท่านั้นที่ไม่พอใจ แต่ยังคงพอใจที่จะรักษาบทบาทอื่นๆ ไว้ นอกจากนี้แล้วพบว่า ผู้ชราบางกลุ่มพอใจที่จะอยู่คนเดียว และถือว่าเป็นประสบการณ์ที่ดี แต่อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้ยังคงเป็นทฤษฎีนำในการศึกษาการปรับตัวทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (จันทร์เพ็ญ เนียมอินทร์. 2539: 31; อ้างอิงจาก สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. 2533: 8) อธิบายว่า ทฤษฎีถอยจากสังคมเป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยการเลือกเกี่ยวข้องกับหรือการไร้ภาระผูกพัน ซึ่งประกอบด้วย การลดบทบาททางสังคม คนหนุ่มสาวเข้ามาแทนที่ ผู้สูงอายุควรต้องเตรียมตัวรับกับความตายที่จะเกิดขึ้น จึงไม่ทำให้สังคมเกิดภาวะเสียสมดุล การเลิกเกี่ยวกับสังคม เป็นกระบวนการต่อเนื่องสำหรับทุกคน จะหลีกเลี่ยงไม่ได้ ความแตกต่างในบุคลิกภาพไม่ใช่สิ่งสำคัญ

เกี่ยวกับทฤษฎีทั้งสองนี้ เพ็ญแข ประจันปัจฉินิก (2534: 15-16) ได้สรุปไว้ว่า ในทฤษฎีกิจกรรมทางสังคมนั้น ผู้ชรายังมีความคล้ายคลึงกับบุคคลในวัยกลางคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการทางจิตใจ และสังคม การลดบทบาทจึงเป็นการคัดค้านกับสิ่งที่ต้องการ และจะพยายามต่อต้านหรือหาทางอื่นมาทดแทนบทบาทที่สูญเสียไป แต่ทฤษฎีถอยจากสังคมนั้น กระบวนการลดบทบาททางสังคมเป็นกระบวนการที่ยอมรับจากตัวบุคคล คือ ผู้ชรา ซึ่งอธิบายได้ว่า เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ชรา ซึ่งได้แก่ ความต้องการที่จะสนใจต่อตนเองมากขึ้น จึงเป็นส่วนช่วยให้เต็มใจที่จะให้ลดบทบาททางสังคม ซึ่งลักษณะที่เกิดขึ้นนี้ช่วยทำให้เกิดความสมดุลระหว่างตัวบุคคลกับสังคม

แต่ในการถอยจากสังคมนั้นพบว่า มีความแตกต่างระหว่างบุคคลเกิดจากกระบวนการภายในตัวบุคคลที่ไม่เท่ากัน เป็นเหตุให้มีพฤติกรรมถอยจากสังคมไม่เท่ากัน

2.5 ปัญหาของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุต้องจัดการกับการเปลี่ยนแปลงมากมาย ต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เปลี่ยนไปตามกาลเวลา และต้องเผชิญกับการสูญเสียคู่ชีวิต ครอบครัวและเพื่อน การเกษียณนำมาสู่การสูญเสียรายได้และโอกาสการเข้าสังคม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการมีสัมพันธภาพกับเด็กโต ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยๆ และบางครั้งการสูญเสียหลายๆอย่างเกิดขึ้นในเวลาพร้อมๆกัน เช่น ผู้ที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับเส้นเลือดแตกในสมอง ต้องเผชิญกับการสูญเสียหน้าที่การทำงานของสุขภาพร่างกาย การเคลื่อนไหว รูปลักษณ์ และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในเวลาพร้อมๆกัน การสูญเสียซึ่งเกิดขึ้นในเวลาในเวลาเดียวกันทำให้ความสามารถในการจัดการปัญหาของผู้สูงอายุลดลง ผู้สูงอายุจะต้องมีการเรียนรู้กิจกรรมใหม่ๆและสนใจที่จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับผู้สูงอายุบางคนมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างง่ายดาย แต่อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงชีวิตก็ทำให้เกิดความเครียดครั้งยิ่งใหญ่

ปัญหาในการปรับตัวของผู้สูงอายุมีดังนี้ (Valfre, M. M.. 2001: 189-195)

2.5.1 การปรับตัวด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องปกติของการสูงอายุ หลายคนเชื่อว่าผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ แต่อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีกิจกรรมตลอดชีวิต การเดินออกกำลังกาย และการออกกำลังกายให้กล้ามเนื้อแข็งแรงจะสามารถป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องจากการสูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องมีการเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน จากการที่มีความทนทานและความสามารถในการทำงานลดลง เช่น เปลี่ยนการรับประทาน แบบแผนการนอนหลับ ปรับความดังเสียงทีวีเพิ่มขึ้น ลดความจําของแสงไฟ เป็นต้น

การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดปัญหามากมาย และมีความเสี่ยงสูงต่อความผิดปกติของสุขภาพจิต อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภาวะทางจิตใจ

2.5.2 การปรับตัวด้านจิตสังคม

ปัจจุบันการสูงอายุได้กลายเป็นเรื่องที่เปิดเผย สุขภาพของครอบครัวและเพื่อนได้ถูกวางแผนระยะยาว ปัญหาของผู้สูงอายุมีความเชื่อมโยงกับเงิน ความพอเพียงของอาหารและที่อยู่อาศัย หรือการดูแลสุขภาพ การสูญเสียความรัก ฐานะทางสังคมได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่เหมาะสม การดูแลผู้สูงอายุเป็นการเพิ่มเติมสำหรับการสูญเสียบุคคลในครอบครัว โดยการส่งเสริมด้านอารมณ์ และการสนับสนุนทางสังคม

2.5.3 การปรับตัวด้านเศรษฐกิจ

ทักษะของผู้สูงอายุมีความกังวลในเรื่องเงินทองและความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่หนุ่มสาว ด้วยวัยอายุ 80 ปี ซึ่งได้ผ่านประสบการณ์ความยากลำบาก และหล่อหลอมเป็นความทรงจำ จึงไม่แปลกที่ผู้สูงอายุบางคนมีพฤติกรรมที่ดูแปลก เช่น ชอบสะสมสิ่งที่มีเหมือนไม่มีประโยชน์ ซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์การเรียนรู้ ทักษะที่ผ่านมานั่นเอง

จากการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ทำให้ค่าของเงินเปลี่ยนแปลงไปมาก ผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาได้เห็นราคาของขนมปังจาก 5 เซนต์ ขึ้นเป็น 2 ดอลลาร์ ดังนั้นผู้สูงอายุจำนวนมากจึงมีแผนการประหยัดหรือการลงทุนเพื่ออนาคต และต้องเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจที่ไม่มั่นคง ผู้ที่มีหน้าที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุและนี่คือ นักสังคมสงเคราะห์ อย่างไรก็ตามผู้ดูแลอื่นๆก็ช่วยให้การช่วยเหลือได้ เพราะความกังวลเกี่ยวกับการเงิน สามารถนำไปสู่ปัญหาทางจิตใจ เช่น ความซึมเศร้า วิตกกังวล หรือหวาดระแวง เป็นต้น

2.5.4 การปรับตัวด้านบ้านพักอาศัย

จากการรายงานของ U.S. Bureau of the Census พบว่า ผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาที่อายุมากกว่า 65 ปี ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวกับคู่สมรส มีประมาณหนึ่งในสามส่วนที่อาศัยคนเดียว และประมาณ 15% ที่อาศัยอยู่กับคนอื่น (Valfe, Michelle Morrison. 2001: 192) ซึ่งสถิตินี้ยังไม่แน่นอน เพราะไม่สามารถนับจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีบ้านได้ เนื่องจากผู้ที่ไม่มีบ้านยากต่อการนับได้ จากปัญหามีบ้านมากเกินไปเป็นผลจากหนึ่งในคู่สมรสได้จากไป ทิ้งให้อีกคนหนึ่งเป็นผู้ดูแลทรัพย์สิน เพราะเพศหญิงมีแนวโน้มที่อายุยืนยาวกว่าเพศชาย ดังนั้นผู้หญิงต้องเผชิญกับปัญหาการดูแลบ้าน ดูแลรักษาในสิ่งที่ไม่รู้ และต้องอยู่เป็นหม้ายอีกหลายปี ในที่สุดจึงต้องเคลื่อนย้ายเพื่อหาที่อยู่ ที่ปลอดภัย รับผิดชอบและมีการบำรุงรักษาบ่อยลง

ส่วนปัญหาที่อยู่อาศัยไม่เพียงพอ หรือไม่มีบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางจิตใจ มีความต้องการผู้ดูแลที่ไว้วางใจได้

เมื่อประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จึงได้มีการพัฒนาการจัดการปัญหาที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ สนับสนุนเรื่องที่อยู่อาศัย สนับสนุนการเงินเพื่อที่อยู่อาศัย สิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิต

2.5.5 การปรับตัวต่อการสูญเสียและความตาย

คนทุกคนต้องมีทางเดินชีวิตกับผู้ร่วมงาน เพื่อน และบุคคลที่มีความสำคัญต่อชีวิต เมื่อเวลาผ่านไป ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องสูญเสียบุคคลที่มีความสำคัญในการสนับสนุนด้านอารมณ์ สุขภาพที่ดี เมื่อต้องสูญเสียชีวิตจึงต้องเผชิญปัญหาเพียงลำพัง ความซึมเศร้ามักเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่ต้องสูญเสียชีวิต

การสูญเสียในผู้สูงอายุมีหลายรูปแบบ เช่น สูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย ความอดทน ไหวพริบในการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นหนึ่งในปัญหาที่ยุงยากมากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ

2.5.6 ปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมักประสบกับปัญหาความผิดปกติด้านจิตใจเช่นเดียวกับวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ เช่น เผชิญกับปัญหาที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง การถูกทำร้าย สูญเสียความจำ หลงลืม ปัญหาสุขภาพจิตสามารถเกิดได้ยากจากด้านร่างกาย และการแยกตัวจากสังคม ปัญหาความผิดปกติด้านจิตใจที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย ความซึมเศร้า การถูกทำร้าย และการหลงลืม

สรุปได้ว่าปัญหาของผู้สูงอายุมักจะเป็นเรื่องความสามารถที่ต้องเผชิญกับการปรับตัวในด้านต่างๆ เช่น ด้านร่างกาย จิตสังคม เศรษฐกิจ ที่พักอาศัย การสูญเสียและการตาย รวมทั้งด้านจิตใจ ปัญหาดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวไม่ทัน จึงทำให้มีอัตราการเจ็บป่วยทางจิตสูงกว่าในวัยอื่น โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุ และนับวันยิ่งมากขึ้น หากปล่อยไว้เป็นเวลานาน ไม่ได้รับการช่วยเหลือ ผู้สูงอายุจะเป็นโรคจิต โรคประสาทซึมเศร้าได้ง่าย รักษาให้หายเป็นปกติยาก และยังมีปัญหาอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย ทำให้ผู้สูงอายุอาจคิดฆ่าตัวตายได้

3. เอกสารเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

3.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

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

โสมสิริ รอดพิพัฒน์ (2547: 14-15) ได้รวบรวมความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ ดังนี้

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

- วิวัฒน์ ยถาธานนท์; และคนอื่นๆ (2536) ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกเบื่อ หดหู่ความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดอยากตาย

- เบค (Beck. 1969) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นรูปแบบของความรู้สึก โดยมีความคิด อัตมโนทัศน์ในทางลบต่อตนเอง ต่ำหนีดตนเอง มีความเปี่ยงเบนทางอารมณ์ พยายาม

หลักเลียงจากสถานการณ์ต่างๆ มีกิจกรรมทางกายลดลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีได้หลายระดับ อาจเริ่มตั้งแต่เกิดความวิตกกังวล และรุนแรงขึ้น จนกระทั่งทำให้คนๆ นั้นมีอาการเฉยเมย เชื่อยชาต่อสิ่งแวดลอม ตัดตัวเองออกจากสังคม และไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ (2547: 26) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มอาการซึ่งมีอาการแสดงจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อารมณ์และสติปัญญา รวมทั้งความผิดปกติด้านอารมณ์จากสาเหตุต่างๆ แสดงโดยมีอารมณ์เศร้า รู้สึกหมดหวัง ไม่มีค่า ขาดความสนใจหรือไม่มีความสุขในกิจกรรมเกือบทั้งหมดนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมา ได้สรุปเป็นความหมายของภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ว่า เป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ การคิดรู้ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออกที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ

3.2 ทฤษฎีของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยอิสระ หรือเป็นปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทางชีวภาพและจิตสังคม ยังไม่มีทฤษฎีใดที่จะอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้สมบูรณ์ การได้เข้าใจสาเหตุของภาวะซึมเศร้าจะมีความสำคัญต่อรูปแบบของการดูแล ซึ่งลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ (2547: 30-31) ได้กล่าวถึงทฤษฎีของภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

3.2.1 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theories)

ทฤษฎีหนึ่งทางด้านจิตวิทยาที่รู้จักกันแพร่หลาย คือ cognitive triad theory ของ Beck และคณะ สามารถอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่เกิดในบุคคลทั่วไปและผู้สูงอายุ Beck และคณะ สรุปว่าคนทั่วไปจะรู้สึกซึมเศร้าในเรื่องเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง ประสบการณ์ของตัวเอง รวมทั้งสิ่งที่จะเกิดในอนาคต ผู้ป่วยซึมเศร้าขาดสิ่งที่จะทำให้มีความสุข รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า มีประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาในด้านลบจึงนำไปสู่ความคิดในอนาคตที่เป็นด้านลบด้วย มีความคิดยึดมั่นแปลความเหตุการณ์ปกติว่าเลวร้าย และรู้สึกหมดหวังโดยไม่ตรงกับความเป็นจริง ความคิดด้านการมีเหตุผลผิดพลาด ผลสรุปของความคิดไม่ถูกต้อง

3.2.2 ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial theories)

ทฤษฎีทางจิตสังคม กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าเป็นการตอบสนองต่อการสูญเสียสิ่งที่รัก หรือเป็นผลจากความล้มเหลวในการชดเชยต่อสิ่งที่สูญเสีย การที่ภาวะซึมเศร้าเกิดในผู้สูงอายุมากเนื่องจากผู้สูงอายุมีเวลาและโอกาสน้อยที่จะหาสิ่งที่รักมาทดแทน Seligman ได้เสนอทฤษฎี learned helplessness theory อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากความบกพร่องด้านสติปัญญา ขาดแรงจูงใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า และบกพร่องด้านอารมณ์ ภาวะซึมเศร้าจะเกิดเมื่อมีความคาดหวังว่าสิ่ง

เลวร้ายจะเกิดขึ้น เป็นการรับรู้ที่มาจากภายใน เรียนรู้ว่าไม่มีความสามารถจะป้องกันได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทฤษฎีนี้จึงสามารถอธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ประสบกับการสูญเสีย หรือต้องพึ่งพาได้ ผลการวิจัยดัชนีบ่งชี้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า การที่ผู้สูงอายุมีทางเลือก การมองโลกในแง่ดี การมีความหมายในตัวตน ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ 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 ปัจจัยทางพันธุกรรมก็มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเช่นเดียวกัน ผลการศึกษาในครอบครัวและคู่แฝดของผู้ป่วยผิดปกติทางอารมณ์ พบว่าเกิดความผิดปกติทางอารมณ์มากเป็น 4 เท่า เมื่อเทียบกับบุคคลทั่วไป ปัจจัยทางชีวภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เลือดไปหล่อเลี้ยงสมองลดลง ความผิดปกติของการเปลี่ยนแปลงในรอบวัน เช่น การนอนหลับ รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาทในสมองซึ่งคล้ายกับการเปลี่ยนแปลงตามความชรา

3.3 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

โรคอารมณ์ผิดปกติหรือซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายๆปัจจัยผสมผสานรวมกัน ซึ่งดวงใจ กษานติกุล (2542: 82–87) ได้รวบรวมสาเหตุของภาวะซึมเศร้าไว้ ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคมวัฒนธรรมที่บีบคั้นและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมเรียกว่า ปัจจัยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial factors) โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน (ตาราง 1)

ตาราง 1 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอารมณ์ผิดปกติ

1) ปัจจัยเสริม (predisposing factors)

- พันธุกรรม
- ปัจจัยทางสังคมในช่วงต้นของชีวิต เช่น ขาดบิดามารดา ปัญหาครอบครัว บิดามารดาหย่าร้าง การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม (poor parenting)
- บุคลิกภาพ (Depressive personality) ซ้ำกังวล ซอบคิดแง่ลบ ขาดความภูมิใจในตนเอง
- ความพิการทางกาย (physical loss)

ตาราง 1 (ต่อ)

2) ปัจจัยเร่ง (precipitating factors)

- ความพิการทางกาย (physical loss)
- สภาพแวดล้อมหรือครอบครัวยากจน (poverty) ยุ่งเหยิง ห่างเหิน แยกแยก พี่น้องไม่ปรองดองกลมเกลียว
- ปัจจัยทางสังคมในปัจจุบัน ไม่มีมนุษยสัมพันธ์ ขาดความผูกพัน (no intimacy)
- มีปัญหาชีวิต (loss of love) พบกับความล้มเหลวผิดหวัง เช่น สอบตก ออกหัก ธุรกิจการค้าขาดทุน
- หมดความภูมิใจในตนเอง (loss of self-esteem)
- ถูกกลั่นแกล้งทางเพศ

3) ปัจจัยให้ป่วยต่อเนื่อง (perpetuating factors)

- บุคลิกภาพ การปรับตัว
- ปัจจัยทางสังคม ปัญหาชีวิต
- แสดงอารมณ์รุนแรงในครอบครัว
- ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม

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

3.3.1 สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic models)

นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่า อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลายๆ อย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอาย และความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐาน (Primitive) ที่สุด ปรากฏให้เห็นแม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนและซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรม (Superego) ก่อร่างขึ้นแล้ว

Abraham อธิบายว่าความเศร้าเกิดจากการหันเหความโกรธและความก้าวร้าวเข้าหา

ตัวเองเนื่องจากมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย คือ ทั้งรักและโกรธ (ambivalence) ต่อบุคคลสำคัญในชีวิต ผู้ที่เป็นที่รักและเป็นที่พึงพิงทางอารมณ์ แต่ก็เป็นผู้ที่สร้างความผิดหวังและความคับแค้นใจให้ด้วย และภาวะครั้นเคร่ง (ไฮโปเมเนีย) หรือคลุ้มคลั่ง (เมเนีย) เกิดจากการสูญเสียหรือไม่ได้รับความรักจากบิดามารดา ทำให้มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ครั้งเยาว์วัย(primal depression) โดยการปฏิเสธ(denial) หรือกลบเกลื่อนความเศร้าด้วยท่าทีรื่นเริงและครั้นเคร่งของภาวะไฮโปเมเนียหรือเมเนีย

Freud อธิบายว่าความเศร้าเกิดจากการสูญเสียหรือจากพรากจากผู้เป็นที่รัก โดยใช้กลไกทางจิตชนิดเก็บไว้ในตนเอง (Introjection) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยซึมเศร้าด้วยการ ซึมซับ(incro-operate) เอาภาพของบุคคลผู้เป็นที่รัก(แต่สร้างความคับแค้นใจ)รวมเข้ากับ ego ของตนเอง เมื่อเกิดการสูญเสียผิดหวังหรือจากพราก ความโกรธก้าวร้าวที่เกิดจากความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายจะสร้างความปั่นป่วนในจิตใจ ทำให้รู้สึกผิด หดความภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกซึมเศร้า นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนอาจใช้กลไกทางจิตชนิดพฤติกรรมถอยกลับ(regression) ไปเป็นระยะปาก(oral) หรือระยะทวาร(anal) มีท่าทีแบบเด็กๆ เช่น งอแง เอาแต่ใจตนเอง กลัว ไม่กล้าอยู่คนเดียว หรือย่ำคิดย้ำทำ เป็นต้น และภาวะโรคจิตวิกลจริต(psychosis) ที่อาจพบในโรคอารมณ์ผิดปกติ ก็เป็นพฤติกรรมถอยกลับไปยังระดับหลังตัวเองหรือรักตัวเอง(narcissism) ในระยะปากของการพัฒนาทางจิตเพศ (psychosexual development)

ทฤษฎี Superego Development

Melanie Klein เชื่อว่า superego เกิดได้ในเด็กตั้งแต่ขวบปีแรกทำให้มีภาวะเศร้าเกิดขึ้น เมื่อเด็กทารกมีปัญหาในความสัมพันธ์กับมารดา ซึ่งความเศร้าในช่วงต้นของชีวิตนี้เองที่ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าในเวลาต่อมา และการฆ่าตัวตายเป็นการลงโทษหรือทำลายด้านเลวของตนเอง(bad self) ในระดับจิตไร้สำนึก

Otto Kernberg อธิบายว่า เด็กทารกวัย 6 เดือน จะเรียนรู้ว่ามารดามีทั้งข้อดีและข้อไม่ดี และแสดงความโกรธ ความก้าวร้าวต่อมารดาโดยการกัด เช่น กัดหัวนม ขณะเดียวกันก็กลัวว่าจะทำอันตรายต่อมารดา ทำให้ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า (depressive position)

ทฤษฎีอื่นๆ ได้แก่

Bowlby เน้นเรื่องความผูกพัน (attachment) ระหว่างทารกกับผู้เลี้ยง (love object) โดยเชื่อว่าความเศร้าเกิดจากการขาดความรัก ไม่ได้รับความรัก หรือจากการสูญเสียหรือจากพราก ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet dependency need) ทำให้เกิดความล้มเหลวในการพัฒนาทางจิตใจ

Adolf Myer ไม่ได้ให้ความสำคัญของปมขัดแย้งในจิตใจ แต่อธิบายว่า โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนอง (reaction) ต่อสภาพชีวิตที่คับแค้น เช่น การสูญเสียคนรัก การเจ็บป่วย เป็นต้น

Sullivan เชื่อว่าปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) หรือสภาพสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคทางจิตต่างๆ รวมทั้งโรคซึมเศร้า

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

3.3.2 สาเหตุจากมีความคิดแง่ลบ (Negative Cognition)

Aron Beck อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่า เกิดจากการมีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่าคนเราคิดอย่างไรก็รู้สึกอย่างนั้น คือ มองตนเอง มองสังคม และมองอนาคตในแง่ลบ (cognitive triad) ดังนี้

มองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจหรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง

มองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกกดขี่บีบบังคับ และถูกคาดหวังเรียกร้องจากสังคมมากเกินไปจนรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ

มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว และหนทางตัน หมดทางแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาน

3.3.3 สาเหตุทางพฤติกรรม (Behavioral models) มีแนวคิด 2 แบบ คือ โรคซึมเศร้าเกิดจาก

ภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย (learned helplessness) หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า

ภาวะหมดกำลังใจ (no positive reinforcement) เนื่องจากไม่เคยได้รับคำชมเชย รางวัล หรือสนับสนุน หรือประสบความสำเร็จใดๆเลย จึงขาดแรงจูงใจและขาดความมั่นใจ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้ความสุข

3.3.4 สาเหตุทางชีวภาพ (Biological models) โดยมีอิทธิพลของพันธุกรรมมาเกี่ยวข้อง ได้แก่

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

3.3.4.2 ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) โดยเห็นจากผู้ป่วยโรคคุชชิงหรือผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษ จะมีความผิดปกติของอารมณ์ด้วยได้บ่อยๆ

3.3.4.3 ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (neurophysiology) โดยเกี่ยวข้องกับชีวภาพ เช่น คลื่นสมองขณะหลับ การตื่นตัวของสมอง หรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลายโซเดียมและโพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาท การมีแคลเซียมในเซลล์ปริมาณสูงทำให้เป็นพิษต่อเซลล์ (cytotoxic) อาจเกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์ผิดปกติโดยเฉพาะไบโพลาร์ เป็นต้น

3.4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า

สมภพ เรืองตระกูล (2543: 16–17) กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลให้เป็นโรคซึมเศร้าได้ง่ายในผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

3.4.1 มีความอ่อนแอเนื่องจากร่างกายอ่อนสมรรถภาพหลายอย่าง ดังต่อไปนี้

3.4.1.1 หลอดเลือดแข็ง ทำให้เลือดไปสู่สมองน้อยลง มีอาการหลงลืมง่าย การรู้การเข้าใจจะไม่ดีเหมือนเดิม

3.4.1.2 หัวใจและปอดทำงานน้อยลง ทำให้เกิดอาการเหนื่อยง่าย

3.4.1.3 ความไวต่อการรับรู้ลดลง เช่น ตามัว หูตึง และการรับรู้ไม่ดี

3.4.1.4 มีอาการของระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องแน่น อืดเฟ้อ อาหารไม่ย่อย และท้องผูก

3.4.1.5 กระดูกผุและบาง กล้ามเนื้อลีบเล็ก ผิวหนังบางและเหี่ยว

3.4.1.6 สมรรถภาพของไตลดลง ทำให้ความสามารถในการกรองสารพิษลดลง

3.4.1.7 เซลล์สมองมีจำนวนน้อยลง ทำให้ความจำเสีย ลืมง่าย นึกอะไรออกยาก

3.4.2 มีเรื่องกระทบกระเทือนใจหลายอย่าง เช่น มีการสูญเสียชีวิตหรือการพลัดพรากจากกันของคู่ครอง บุตร พี่น้องและญาติสนิท รวมทั้งการต้องออกจากงานเนื่องจากเกษียณอายุ

3.4.3 มักมีความรู้สึกวิตกกังวล เนื่องจากมีปัญหาหลายอย่าง เช่น ไม่มีคนคอยดูแล มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การเกษียณอายุและต้องอยู่บ้านเฉยๆ ไม่มีงานทำ

3.4.4 มีโรคทางกายหลายอย่าง เช่น ปวดหลัง ปวดตามข้อ กระดูกผุโดยเฉพาะในผู้หญิง ทำให้กระดูกหักง่าย ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ

ปัจจัยต่างๆดังกล่าวส่งผลต่อจิตใจอย่างมาก ที่สำคัญคือความรู้สึกมีคุณค่าในตน ลดน้อยลงทำให้เป็นโรคซึมเศร้าได้ง่าย

3.5 อาการของภาวะซึมเศร้า

ลักษณะเฉพาะที่สำคัญของภาวะซึมเศร้า (Major depression) ตามเกณฑ์ของ DSM – IV คือ อารมณ์ซึมเศร้า หรือสูญเสียความสนใจ หรือความสุขสบายในทุกสิ่งหรือเกือบทุกสิ่ง กิจกรรมต่างๆ ภาวะซึมเศร้าจำแนกโดยอาการต่างๆซึ่งมีผลต่อกิจกรรมที่ทำปกติ เช่น การกิน การนอน การทำงาน และความสุขสบายในชีวิต การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าต้องมี 5 อาการขึ้นไป ซึ่งต้องเป็นอาการ

ทางจิตใจมากกว่าอาการทางกาย ยกเว้นอาการป่วยทางกาย หรือจากการใช้ยา หรือแอลกอฮอล์ ซึ่งอาการเหล่านั้นจะต้องคงอยู่เกือบทั้งวัน เกือบทุกวัน อย่างน้อย 2 สัปดาห์ และต้องเกิดพร้อมกันเป็นกลุ่มอาการความรุนแรงของอาการแปรเปลี่ยนจากบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลหนึ่ง โดยทั่วไปภาวะซึมเศร้าทำให้บุคคลรู้สึกหมดค่า ไม่มีความสามารถ หมดหวัง และเหนื่อยล้า (Lemme, Barbara Hansen. 1995: 416) ซึ่งบลาสเซอร์ (Ebersole, P.; & Hess, P.,1994: 549–555 citing Blazer D.,1982) ได้กล่าวถึงอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

อาการ	พฤติกรรมที่แสดงออก
อารมณ์ (Mood)	ด้านสังคม
หดหู่ หรือ เศร้าใจ	ไม่ให้ความร่วมมือ
ความพึงพอใจในชีวิตลดลง	แยกตัวจากสังคม
สูญเสียความสนใจ	ต่อต้าน ไม่เป็นมิตร
ร้องไห้ง่าย	หวาดระแวง
ไวต่อการกระตุ้น , โกรธง่าย	สับสน
รู้สึกว่างเปล่า	อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย
มีความกลัว และวิตกกังวล	ร้องไห้ หดหู่
มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ	ด้านสรีรวิทยา
ช่วยตัวเองได้น้อย	เป็นแผลที่ผิวหนังบางแห่งจากการกัดแทะ
หมดหวัง	เป็นแผลที่กระเจตนาจากการกระพริบตาลดลง
รู้สึกไม่มีประโยชน์	การลดลงของการเคลื่อนไหวจากปฏิกิริยา
ขาดแรงจูงใจ	ของกระบวนการทางจิต (Psychomotor
ระบบการคิด	Retardation)
นับถือตนเองต่ำ	พูดช้า
มองโลกในแง่ร้าย	เคลื่อนไหวช้า
ตำหนิตัวเอง	แสดงออกท่าทางน้อยลง
ครุ่นคิดกับปัญหา	เดินลากขา งุ่มง่าม
คิดฆ่าตัวตาย	ซึม ไม่ค่อยรู้สึกตัว (ในรายที่มีอาการรุนแรง)
เห็นภาพลวงตา ภาพหลอน	

ตาราง 2 (ต่อ)

อาการ	พฤติกรรมที่แสดงออก
หุนเหว่	การชะงักของการเคี้ยว การกลืน (ในรายที่มีอาการรุนแรง)
ขาดความเชื่อมั่น	กระพริบตาลดลง หรือไม่กระพริบตา (ในรายที่มีอาการรุนแรง)
ขาดสมาธิ	
ความจำเสื่อม	
ด้านร่างกาย	การเคลื่อนไหวแบบกระวนกระวายปั่นป่วนจากปฏิกิริยาของกระบวนการคิด
สูญเสียการรับรู้รส	(Psychomotor Agitation)
อ่อนเพลีย	มีกิจกรรมเคลื่อนไหวตลอดเวลา
มีปัญหาเกี่ยวกับการหลับ	มือบิด
ท้องผูก	กัดแทะผิวหนังทำให้เกิดแผล
สูญเสียความรู้สึกทางเพศ	นอนไม่หลับ กระวนกระวาย
เจ็บปวด	พฤติกรรมที่ผิดปกติหรือไม่เหมาะสม
กระวนกระวาย	ฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย
น้ำหนักลด	ต่อต้าน เช่น ปฏิเสธการกินหรือดื่ม และ
ท้องอืด	ตัวแข็งทื่อ
ลักษณะท่าทาง	
เดินตัวอ่อ	อาละวาด ก้าวร้าว
ใบหน้าเศร้าซึม	พฤติกรรมถดถอย

3.6 ระดับของภาวะซึมเศร้า

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

3.6.1 ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส อารมณ์เศร้า เหนงหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปก็รู้สึกได้ในบางครั้ง โดยอาจมีสาเหตุเพียงพอ หรือบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในทางลบ เริ่มมีความรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตน ความตั้งใจในการทำงานต่างๆ เริ่มลดลง มีความต้องการความช่วยเหลือ คำแนะนำ การเอาใจใส่ปลอบโยน การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น หลับยากกว่าปกติ หรือตื่นเช้ากว่าปกติ เป็นต้น

3.6.2 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้จะรุนแรงขึ้นจนถึงขั้นมีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว และการงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก มักมีอาการเศร้ามากขึ้นในช่วงเช้า และจะดีขึ้นในตอนกลางวัน รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งแวดล้อม อ่อนเพลีย รู้สึกว่ามีพลังกำลังน้อยลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ มักตำหนิตัวเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกาย และสุขภาพตนเองปรากฏมากขึ้น รู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงไป มีความต้องการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์แวดล้อมและสังคม จะทิ้งสังคมทีละน้อย อาจมีความคิดเกี่ยวกับการตาย การนอนหลับผิดปกติ ความอยากรับประทานอาหารลดลงจนกระทั่งไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ น้ำหนักลด ความต้องการทางเพศลดลง

3.6.3 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) จะมีอาการซึมเศร้าตลอดเวลา มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองด้านไม่ดี ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความต้องการหลีกเลี่ยง หดหู่ ไม่มีการเข้าร่วมสังคมใดๆเลย ลักษณะอารมณ์เหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง มองอนาคตมืดมนและสิ้นหวัง หมดความสนใจสิ่งต่างๆ การตัดสินใจเสียแม้แต่เรื่องง่ายๆ ในชีวิตประจำวันแทบจะไม่มีการเคลื่อนไหว มักจะนั่งอยู่เฉยๆกับที่ตลอดเวลา อยู่ในท่าเดิมนานๆ หรืออาจอยู่ไม่นิ่ง ผุดลุกผุดนั่ง ไม่สนใจต่อตนเอง ดูแลตนเองไม่ได้ นอนหลับไม่สนิท หรือนอนไม่หลับ มักรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา หมดความสนใจในเรื่องเพศ ผู้ที่อยู่ในระยะนี้อาจจะถอนตัวถอยหนีออกจากโลกของความ เป็นจริง มีความหลงผิด (Delusion) และมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้

3.7 การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า

ธวัชชัย ลิขิตานานา (2545: 346-347) กล่าวถึงสิ่งสำคัญในการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

3.7.1 สิ่งที่ต้องพิจารณาในการรักษา

3.7.1.1 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า

เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามีหลายสาเหตุ การรักษาที่สาเหตุเริ่มต้นร่วมด้วยจะทำให้ได้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาเฉพาะภาวะซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ ซึ่งเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ หากโรคดังกล่าวได้รับการรักษาแล้วดีขึ้น การรักษาภาวะซึมเศร้าก็จะรักษาได้ง่าย หรือผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำ หากสามารถลดหรือหยุดการดื่มสุราก็จะส่งผลให้การรักษาภาวะซึมเศร้าได้ผลดีขึ้น

3.7.1.2 ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

อาการซึมเศร้ามีความรุนแรงหลายระดับ ตั้งแต่รุนแรงน้อย คือ มีอาการเพียงไม่กี่อาการเท่านั้นไปจนถึงขั้นรุนแรงมาก ในรายที่อาการมีความรุนแรงน้อย อาจใช้เพียงการพูดคุยหรือแนะนำการปฏิบัติตัว ในรายที่มีอาการมาก มักต้องเข้ารับประทุกันร่วมด้วย

3.7.1.3 การกลับเป็นซ้ำ

ภาวะซึมเศร้าสามารถกลับเป็นซ้ำได้ แม้จะได้รับการรักษาจนหายเป็นปกติแล้วก็ตาม ในรายที่กลับเป็นซ้ำจะต้องทานยารักษาต่อเนื่อง 2-5 ปี หรืออาจต้องทานยาตลอดชีวิตก็ได้

3.7.2 วิธีการรักษา

3.7.2.1 จิตบำบัดรายบุคคล

เป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุดในรายที่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง จิตบำบัดวิธีนี้จะพยายามช่วยผู้ป่วยให้เห็น และเข้าใจว่าอาการไม่สบายทางจิตใจ เกิดจากการมีบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดปัญหาในการปรับตัว ช่วยให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงความขัดแย้งที่มีอยู่ในใจ และจัดการแก้ไขได้อย่างเหมาะสม

3.7.2.2 พฤติกรรมบำบัด

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

3.7.2.3 ครอบครัวบำบัด

จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจอาการไม่สบาย และจัดการกับอาการต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง และยังช่วยแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวที่เป็นสาเหตุหรือมีส่วนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

3.7.2.4 การบำบัดโดยการปรับความคิด

วิธีนี้จะสอนผู้ป่วยให้รู้จักหาวิธีคิด และวิธีปฏิบัติใหม่ๆ ไปแทนที่ความคิดหรือทัศนคติเก่าๆ ซึ่งมีลักษณะไปในทางลบ และไปในทางที่ผิดทั้งต่อตนเอง ต่อโลกภายนอก และต่ออนาคต เช่น การมองในอีกมุมมองหนึ่ง การมองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่เป็นเรื่องปกติหรือช่วยให้เราได้พัฒนาฝึกฝนตนเอง

3.7.2.5 การรักษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

จิตบำบัดวิธีนี้จะเน้นที่ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล โดยช่วยผู้ป่วยสำรวจ และแก้ไขเรื่องต่างๆระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่น สำรวจ และแก้ไขวิธีการรับมือกับความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

3.7.2.6 เมสซำบำบัด (การรับประทานยา)

โดยทั่วไปแล้วการรักษาภาวะซึมเศร้าไม่จำเป็นต้องใช้ยา การบำบัดด้วยวิธีดังกล่าวข้างต้นก็สามารถทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยลักษณะต่อไปนี้ควรให้การรักษาด้วยยาร่วมด้วย

- ให้การรักษาด้วยวิธีที่ไม่ใช้ยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น
- ความรุนแรงของโรคระดับรุนแรงหรือระดับปานกลาง
- มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว

แพทย์ผู้รักษาจะเป็นผู้พิจารณาในการจ่ายยารักษาภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยไม่ควรที่จะซื้อยารับประทานเอง และควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้หายจากอาการป่วย

3.8 การประเมินภาวะซึมเศร้า

3.8.1 การประเมินโดยใช้เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า (ศิริพร จิรวัดนกุล.2546: 40 –43)

มีแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาโดยนักสุขภาพจิตในประเทศสหรัฐอเมริกาหลายแบบวัดด้วยกัน 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 นอกจากนั้นแบบวัดทั้งหมดที่มีอยู่นั้นใช้กับทุกเพศ และเมื่อใช้แล้วมักได้ผลว่ามีความแตกต่างระหว่างเพศ อย่างไรก็ตามแบบวัดภาวะซึมเศร้าก็ยังเป็นเครื่องมือประเมินที่สำคัญที่พยาบาลจิตเวชต้องเรียนรู้

สำหรับในประเทศไทยมีการพัฒนาเครื่องมือ และแบบวัดหลายแบบวัด สำหรับวัดภาวะซึมเศร้าโดยตรง และแบบวัดสุขภาพจิตที่มีส่วนของการประเมินภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย โดยแบบวัดทั้งหมดใช้ต้นแบบจากประเทศทางตะวันตกมาดัดแปลงใหม่ให้เหมาะสมกับคนไทย ตัวอย่างแบบวัดดังกล่าวมีดังนี้

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 ค่าคะแนนรวมที่ได้จากคำตอบจะถูกแปลความหมาย ดังนี้

คะแนน 21 – 25 แสดงว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน

คะแนน 26 – 34 แสดงว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

คะแนนสูงกว่า 35 แสดงว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

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 หรืออาการซึมเศร้าที่ถือว่ามีความผิดปกติทาง

จิตเวช แบบวัดนี้ได้ถูกนำไปทดสอบประสิทธิภาพกับผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าค่าความแม่นยำ และความน่าเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี

3.8.1.3 The Thai Mental Health Questionnaire

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

0 หมายถึง ไม่เคยมี หรือไม่เคยรู้สึกเลยในตลอดช่วงระยะเวลา 1 เดือน

1 หมายถึง เคยมี หรือรู้สึกประมาณครั้งหรือสองครั้งในช่วง 1 เดือน

2 หมายถึง มี หรือเคยรู้สึกพอประมาณ คือ ประมาณสัปดาห์ละครั้ง

3 หมายถึง เคยมี หรือเคยรู้สึกหลายๆครั้งใน 1 สัปดาห์

4 หมายถึง เคยมี หรือเคยรู้สึกบ่อยมาก คือ เกือบทุกวัน

ในส่วนของค่าคะแนนที่ประเมินภาวะซึมเศร้าซึ่งมี 20 ข้อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 80 คะแนนรวมที่ได้จะถูกหารด้วย 20 จะได้ค่าคะแนนที่ใช้ตัดสิน เป็นระดับ 0 – 5 คือ 0 แสดงว่าไม่มีปัญหา คะแนน 1 มีปัญหาเล็กน้อย คะแนน 2 มีปัญหปานกลาง คะแนน 3 แปลว่ามีปัญหามาก และคะแนน 4 แสดงว่ามีปัญหาในระดับรุนแรง แบบวัดนี้เมื่อทดสอบแล้วพบว่ามีความจำแนกแหว่งคนปกติและคนที่มีปัญหาทางจิตเวชได้ดี

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 และทุกฉบับมีความเชื่อถือได้ และความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดี แต่แบบวัดนี้ใช้ได้กับคนทั่วไปโดยสามารถบอกได้ว่าคนที่ตอบแบบสอบถามนี้ น่าจะมีความผิดปกติทางจิตเวชหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกได้ว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชชนิดใด นั่นคือในกรณีที่ประเมินภาวะซึมเศร้านั้นจะใช้แบบคัดกรองนี้อย่างเดียวไม่ได้ ต้องใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย

GHQ นี้จะให้ผู้ตอบสำรวจสุขภาพโดยทั่วไปของตนเองในระยะ 2 – 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบ GHQ นี้เมื่อนำไปทดสอบพบว่ามีค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) และสัมประสิทธิ์ความแม่นยำอื่นๆในระดับสูง เหมาะสำหรับการใช้เป็นแบบคัดกรองความผิดปกติทางจิตเวชทั้งในชุมชนและในสถานบริการ 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 นักจิตวิทยาจาก 14 สถาบันทั่วทั้งประเทศไทย มาประชุมร่วมกันเพื่อพัฒนาสร้างแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยขึ้นมา โดยให้ผู้สูงอายุตอบคำถามในกระดาษคำตอบด้วยตนเอง และใช้ชื่อภาษาอังกฤษว่า Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS แบบวัดนี้มีคะแนนรวมระหว่าง 0 – 30 คะแนน โดยคำถามจะมี 30 ข้อ เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบด้วยตนเองในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

จากตัวอย่างแบบวัดดังกล่าวมีข้อสังเกตว่าการกำหนดข้อคำถามและค่าคะแนนต่างๆ ไม่ได้เอาความแตกต่างระหว่างหญิงชายไปใช้ในการตีค่าคะแนนด้วย ดังนั้นเมื่อได้ค่าคะแนนมาเท่าใด ความหมายของการซึมเศร้าก็ถูกตีค่าเท่ากันทั้งผู้หญิงผู้ชาย ทั้งที่ในความเป็นจริงทางสังคมมีความเป็นไปได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงในระดับเดียวกัน ผู้ชาย ผู้หญิง จะมีพฤติกรรมการแสดงออกที่แตกต่างกัน นั่นคือ แม้ว่าคะแนนจากแบบวัดจะออกมาเท่ากัน มิได้หมายความว่าภาวะความซึมเศร้าจะรุนแรงเท่ากัน

3.8.2 การประเมินสภาพทางจิต

ในการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการประเมินสภาพทางจิต (Mental status examination) นั้น ทำได้โดยการสังเกตร่วมกับการสนทนากับบุคคลที่ถูกประเมิน ซึ่งผู้ประเมินจะต้องมีความเข้าใจวัฒนธรรมของผู้ถูกประเมินเป็นอย่างดี จึงจะตีความพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และคำพูดต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง สภาพทางจิตของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะประเมินได้จากลักษณะต่างๆ ดังนี้ (ศิริพร จิรวัฒนกุล. 2546: 43–45)

3.8.2.1 พฤติกรรมทั่วไป

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า คิดช้า สีหน้าเศร้า คอตก หลังมักจะค่อม ไม่สบตาคู่สนทนา

3.8.2.2 อารมณ์และสีหน้า

ส่วนใหญ่สีหน้าเศร้าหมอง แต่บางคนไม่แสดงออกทางสีหน้า และปฏิเสธว่าไม่รู้สึกเศร้า แต่จะแสดงอารมณ์เศร้าโดยการแยกตัวเองจากสังคม กิจกรรมต่างๆ ลดลง

3.8.2.3 ความผิดปกติทางการรับรู้สัมผัส

ผู้มีอารมณ์เศร้าทั่วไปมักไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้สัมผัส แต่บางคนอาจมีอาการประสาทหลอน (hallucination) และหลงผิด (delusion) ได้ ซึ่งก็มักจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับตนเอง ผิด บาบ ไม่มีค่า ล้มเหลว ถูกกลั่นแกล้ง ซึ่งการแสดงออกของการรับรู้สัมผัสนี้จะเกี่ยวข้องกับความเชื่อ และวัฒนธรรมของบุคคลนั้นๆเป็นอย่างมาก

3.8.2.4 เนื้อหาและกระบวนการคิด

เนื้อหาความคิดของผู้มีภาวะซึมเศร้าจะมองโลก มองตนเองไปในทางลบ หมกมุ่นกับความรู้สึกผิด ความสูญเสีย และความตาย กระบวนการคิดก็ช้า แสดงออกโดยพูดช้า พูดน้อย ใช้เวลาในการตอบคำถามนาน และตอบด้วยคำพูดสั้นๆ

3.8.2.5 การรับรู้บุคคล เวลา และสถานที่

ผู้มีอารมณ์ซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่มีความผิดปกติด้านนี้ ตอบคำถามเรื่องนี้ได้ถูกต้อง แต่ถ้าอารมณ์เศร้ามากก็ไม่สนใจ หรือไม่มีพลังที่จะตอบคำถาม

3.8.2.6 ความจำ

ส่วนใหญ่สมาธิไม่ดี ลืมง่าย

3.8.2.7 การตัดสินใจ และความหยังเห็น

การตัดสินใจในชีวิตอยู่บนพื้นฐานความคิดว่าตนเองไม่มีค่า ไม่มีแรงจูงใจที่จะทำอะไร มักเห็นว่าตนเองไม่สบายมาก หรือมีปัญหาชีวิตมากจนไม่มีความหวังอะไร

3.8.2.8 ความเชื่อถือได้ของข้อมูล

เนื่องจากผู้มีภาวะซึมเศร้าหมกมุ่นอยู่กับความคิดทางลบ ทำให้เนื้อหาสาระที่พูดออกมาจะวนเวียนเป็นอยู่ที่ความไม่ดี ไม่มีคุณค่า ไม่มีความหวังในชีวิต ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน ผู้ประเมินควรตรวจสอบข้อมูลจากคนแวดล้อมของผู้ถูกประเมินประกอบด้วย

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า Thai Geriatric Depression Scale หรือ TGDS เนื่องจากเป็นแบบวัดที่เข้าใจง่าย และเหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของคนไทย

3.9 งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

3.9.1. เพศกับภาวะซึมเศร้า

กมลีน สาตรา (2531: 79) ได้ศึกษาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและหญิงมีความซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ทิพากร ปัญญาใหญ่;วัชนี หัตถพนม; และละเอียด ปัญญาใหญ่ (2539: ออนไลน์) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

จันทิมา จารณศรี (2539: 104) ได้ศึกษาเรื่องสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า เพศกับสภาวะสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กัน

สตริกแลนด์ (Lemme; Barbara Hansen. 1995: 417; citing Strickland, B. R.: 1992. *Women and Depression Current Directions in Psychological Science*. pp. 132 - 135) กล่าวว่าต้นกำเนิดของความแตกต่างในเรื่องเพศกับภาวะซึมเศร้านี้ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่คิดว่าเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนด้านชีวภาพ วัฒนธรรม และปัจจัยทางสังคม นอกจากนี้ยังมีหลักฐานเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนกับการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่มีข้อจำกัดและไม่เป็นที่ยืนยัน ปัจจัยด้านจิตวิทยาและวัฒนธรรมเป็นลักษณะเฉพาะที่พบเห็นได้จากประสบการณ์ของผู้หญิง ซึ่งสามารถอธิบายอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงในกลุ่มเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับ แม็คกราธ;และคนอื่นๆ (Mcgrath; et al., 1990) และโนเลน ฮ็อคเซมา (Nolen Hocksema. 1990) กล่าวว่า ในอเมริกาอัตราภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย 2 – 3 เท่า และยังพบว่าอัตราส่วนดังกล่าวนี้เป็นจริงในประเทศอุตสาหกรรมแถบตะวันออกอีกหลายประเทศ เหตุผลที่เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายก็คือ ในผู้หญิงบางรายที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีความเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ที่ไม่สมดุของเคมีชีวภาพในร่างกาย เช่น สารซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) จากการมีประจำเดือน การตั้งครรภ์ การคลอด และการหมดประจำเดือน ซึ่งทั้งหมดนี้มีความสัมพันธ์กับการสับสนในเพศหญิง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนในร่างกาย ทำให้มีผลต่อระดับซีโรโทนิน (serotonin) ได้ นักวิจัยบางคนกล่าวว่า เป็นผลจากการมีการเปลี่ยนแปลงร่วมกันระหว่างฮอร์โมนและซีโรโทนินในร่างกายทำให้เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากเพศชาย

ฮุซัยนี 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

3.9.2. อายุกับภาวะซึมเศร้า

สายยนต์ เจริญข้า (2535: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในเขตชนบท อ.บรรพตพิสัย จ.นครสวรรค์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า โดยที่ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า

ชาญกัญญา ตันติลีปกร (2547: 68) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้า ความจำ สมรรถภาพทางสมอง และคุณภาพชีวิตของข้าราชการเกษียณในกรุงเทพมหานคร พบว่า อายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าที่ $p=0.017$

ปัญหาหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุคือ ภาวะซึมเศร้าซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยทางกาย ความเครียดเกี่ยวกับเรื่องเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบได้บ่อย แต่การประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้านักถูกประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง (George. 1993. citing Lemme, Barbara Hansen. 1995:418)จะเห็นได้จากรายงานการสำรวจอัตราภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคือ ECA (Epidemiological Catchment Area Survey) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีภาวะซึมเศร้าระหว่าง 0.5% ถึง 0.95% (George; et al. , 1988 citing Lemme, Barbara Hansen. 1995: 418) ในขณะที่การสำรวจของสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีมีภาวะซึมเศร้าถึง 15% ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการเจ็บป่วยทางกายมากกว่าเป็นการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ จึงทำให้ตัวเลขของภาวะซึมเศร้ามักต่ำกว่าความเป็นจริง และมีบางรายงานกล่าวว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ใหญ่ที่มีอายุน้อยกว่า ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมักประสบปัญหาการเจ็บป่วยทางกายมากกว่า และอาการของภาวะซึมเศร้ามักรวมอยู่ในการเจ็บป่วยเหล่านั้น เช่น ปัญหาการนอน อ่อนเพลีย ปัญหาดังกล่าวจึงจัดอยู่ในการเจ็บป่วยทางกายด้วย จึงทำให้สถิติของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่าผู้ใหญ่ที่มีอายุน้อยกว่านั่นเอง (Lemme, Barbara Hansen. Berkman; et al., 1986 citing 1995: 418) มีการคาดการณ์ว่า เกณฑ์การวินิจฉัยไม่ใช่อายุที่เป็นตัวทำให้เกิดความแตกต่าง แต่ยังไม่สามารถบ่งชี้กลุ่มอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า หรือภาวะซึมเศร้าเป็นตัวบ่งบอกขั้นแรกซึ่งนำไปสู่อาการที่แตกต่างกันในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น มีอาการทางกาย

3.9.3 สถานภาพสมรสกับภาวะซึมเศร้า

กมลีน สาตรา (2531: 80) ได้ศึกษาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีความซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

เกริกชัย พิชัย (2546 : 56) ได้ศึกษาเรื่อง “ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุญสม กองนิล (2545 : 74) ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิด อคติทัศนคติในด้านลบ การปรับตัวทางสังคม กับความซึมเศร้าในหญิงวัยหมดระดู โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร” พบว่า สถานภาพสมรสโสด คู่ และหม้าย หย่า แยก ไม่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า

3.9.4 ระดับการศึกษากับภาวะซึมเศร้า

จันทิมา จารณศรี (2539: 105) ได้ศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการศึกษากับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กัน

3.9.5 อาชีพกับภาวะซึมเศร้า

รวีวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล (2547: 71) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว้าเหว่ และสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมแตกต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

จันทิมา จารณศรี (2539: 108) ได้ศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า อาชีพเดิมกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กัน

3.9.6 ความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมกับภาวะซึมเศร้า

สมหวัง มณีวงศ์ (2546: 54) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอกับไม่สม่ำเสมอ ในเขตเทศบาล จังหวัดชัยภูมิ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอแตกต่างจากคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสังคม ด้านนันทนาการ และด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ แตกต่างจากคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05

ประภาส จิตตาศิรินุวัตร (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลสวนแตง อำเภอละแม จังหวัดชุมพร เปรียบเทียบระหว่างที่เข้าร่วมและกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุพบว่า ค่าคะแนนความเศร้าเฉลี่ย (Mean) ในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ จะมีค่าน้อยกว่าในกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม (10.06 และ 11.78 คะแนน) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$)

จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยทางชีวสังคม ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรวมถึงความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องนี้น่าจะมีหลายปัจจัย แต่ปัจจัยที่

ผู้วิจัยคาดว่าน่าจะเกี่ยวข้องนั้น คือ การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความเครียด เป็นปราการป้องกันไม่ให้ความเครียดต่างๆ มากระทบจนเกิดความผิดปกติขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ตระหนักถึงคุณค่า สามารถจัดการกับปัญหาหรือแก้ไขภาวะซึมเศร้าได้

4. เอกสารเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

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

- แคพเพลน (Caplan. 1976: 39-42) ได้ให้คำจำกัดความการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึงสิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

- เฮาส์ (Brown 1986: 5; citing House. 1981) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นพฤติกรรมการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคล เช่น การช่วยเหลือด้านเงินทอง แรงงาน การเสียสละเวลาช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และการช่วยเหลือด้านการประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรมเป็นข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองและทำให้รู้จักเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น

- ทิลเดน และไวเนิร์ต (Tilden; & Weinert. 1987: 614) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม สิ่งของ เงินทอง และแรงงานที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม

- เพนเดอร์ (Pender. 1996: 396) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นโดยได้จากกลุ่มคนในระบบของสังคมนั่นเองเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

- ไวสส์ (Weinert. 1988; citing Weiss. 1974) ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกภูมิใจ หรือพึงพอใจต่อความต้องการที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งประกอบไปด้วยความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย มีทั้งที่คล้ายคลึงและแตกต่างกัน ซึ่งความหมายเหล่านี้แสดงให้เห็นแนวคิดเกี่ยวกับ

การสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการที่บุคคลได้รับการตอบสนองของความจำเป็นขั้นพื้นฐานทางสังคมจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น อันนำมาซึ่งความรู้สึกอึดอัดใจ พึงพอใจต่อสิ่งที่ได้รับ และดำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดของแบรนต์และไวเนอร์ท ซึ่งประกอบด้วยความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

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

ผู้สูงอายุซึ่งมีครอบครัวของตัวเอง สมาชิกของครอบครัวก็จะมี ความใกล้ชิดกันทางด้านอารมณ์และความผูกพัน ดีกว่าผู้ที่ไม่มีครอบครัว แต่ว่าบุคคลในกลุ่มที่ไม่มีครอบครัวนี้จะมี ความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนมากกว่า ซึ่งเป็นการหาความสุขให้แก่ตัวเองโดยมีความสัมพันธ์เช่นนั้น

อนึ่งจากการศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุมากที่สุด มีข้อมูลซึ่งบ่งว่าเป็นกลุ่มที่มีความอ่อนแอในการแยกตัวตัวเองออกมาอยู่ตามลำพัง เนื่องจากมีการสูญเสียหลายๆครั้ง ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานมากที่สุด (สมภาพ เรื่องตระกูล. 2547 : 73)

สรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการปฏิบัติจากสมาชิกในครอบครัวและนอกครอบครัว รวมถึง การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่น มั่นคง มีคุณค่า มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

4.2 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้แบ่งไว้แตกต่างกันออกไปดังนี้

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

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 (LuHong. 2000: 10; citing House. 1981: 10-11) แบ่งเป็น 4 ชนิด คือ

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

คอร์เนเนวท์ (LuHong. 2000: 11; citing Cronewett. 1985) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ชนิด โดยใช้พื้นฐานของเฮาส์ (House. 1981) ซึ่งประกอบด้วย

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง การให้ความใกล้ชิดสนิทสนมและรับฟัง แสดงความยกย่อง แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจ

2. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ หมายถึง บุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้โดยตรง

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล และคำแนะนำ ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่

4. การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบพฤติกรรม หมายถึง บุคคลที่อยู่ในสถานการณ์และประสบการณ์เดียวกันซึ่งช่วยให้เรียนรู้และเข้าใจตนเอง

ทอยส์ (นิลบล รุจิรประเสริฐ. 2539: 30-31; อ้างอิงจาก Thoits 1982 : 147) ได้แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

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

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational aid) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งคำแนะนำและการป้องกันกลับ

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

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

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

2. การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสดำเนินกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดความรู้สึก ข้อมูล ข่าวสาร ความห่วงใย ความเอื้ออาทรต่อกัน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้จะทำให้ชีวิตน่าเบื่อหน่าย รู้สึกถูกตัดขาดออกจากสังคม

3. การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการ และเป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้ มีการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน บุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้จะรู้สึกว่าชีวิตของตนเองไร้ค่า

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

5. การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่างๆ หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ การเงิน วัตถุ และสิ่งของ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่า แม้จะมีการแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมโดยนักทฤษฎีหลายคนก็ตาม แต่ยังมี ความคล้ายคลึงกันในชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่พบได้จากนักทฤษฎีเกือบทุกราย คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สำหรับความแตกต่างนั้นพบได้ในชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ ในด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า และการสนับสนุนทางสังคมของไวสส์ ในด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ซึ่งไม่พบในการสนับสนุนทางสังคมของนักทฤษฎีคนอื่นๆ ซึ่งชนิดของการ

สนับสนุนทางสังคมแต่ละชนิดมีหน้าที่แตกต่างกัน และชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมนั้น อยู่ภายใต้เงื่อนไข 3 อย่าง คือ สถานการณ์ เวลาที่ต้องการการสนับสนุนและแหล่งสนับสนุนของบุคคล ซึ่งจาคอบสัน (Jacobson. 1986) กล่าวว่า บุคคลต้องการการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆแตกต่างกันในเวลา และสถานการณ์ความเครียดแตกต่างกัน เช่น ในภาวะวิกฤตบุคคลต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์มากที่สุด ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลง การสนับสนุนทางความคิด สถิติปัญญาสำคัญที่สุด และในภาวะที่เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ การสนับสนุนที่มีประโยชน์ คือ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ

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

จากการแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่แบ่งโดยแบรนด์ และไวเนิร์ต (Brandt and Weinert) ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน คือ ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีประโยชน์เอื้อต่อผู้อื่น ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า และด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

4.3 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528: 584) กล่าวถึงหลักการสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคม
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้นจะต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่ามีคนสนใจเอาใจใส่ มีความรัก

ความหวังดีต่อตนอย่างจริงจัง

- 2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับใน

สังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่ต้องการ คือการมีสุขภาพดี

4.4 ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

สำหรับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุนั้นจะมีความคล้ายคลึง และสอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่อยู่ในวัยอื่น แต่มีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์เป็น 3 ระดับ คือ (สิริสุตา ชาวคำเขต; และอื่นๆ. 2545: 25)

1. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบ (subsystem) เป็นความสัมพันธ์หรือการพึ่งพาระหว่างผู้สูงอายุและสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิต ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลหรือสิ่งอื่นที่ไม่ใช่บุคคลก็ได้ เช่น สัตว์เลี้ยง สิ่งของ

2. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบ (system) เป็นความสัมพันธ์หรือการพึ่งพาระหว่างผู้สูงอายุกับกลุ่มองค์กร ทั้งกลุ่มเล็ก และกลุ่มใหญ่ ได้แก่ ครอบครัวและชุมชน เป็นต้น

3. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นเหนือระบบ (suprasystem) เป็นความสัมพันธ์หรือการพึ่งพาระหว่างผู้สูงอายุกับระบบแรงสนับสนุนทางสังคม ในบริบทของชุมชนขนาดใหญ่ ได้แก่ หน่วยงานบริการทางสังคม หรือโครงการให้บริการในชุมชน เป็นต้น

ความสัมพันธ์ดังกล่าวข้างต้นมีลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมอยู่สองลักษณะ คือ การสนับสนุนแบบเป็นทางการ (formal support) เป็นการสนับสนุนจากองค์กร หน่วยงาน หรือสถาบัน ที่ให้การช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุทั้งของรัฐบาลและเอกชน และการสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการ (informal support) เป็นการสนับสนุนที่เกิดจากความผูกพันที่เกี่ยวข้อง ความรักใคร่ระหว่างบุคคลซึ่งไม่เป็นระบบ และไม่ต้องใช้เงินเป็นการแลกเปลี่ยน เป็นการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้านและมิตรสหาย แต่ส่วนใหญ่บุคคลจะมีความพึงพอใจ และต้องการแหล่งสนับสนุนทางสังคมแบบไม่เป็นทางการมากกว่าแบบเป็นทางการ เนื่องจากมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด ครอบครัวจัดเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับในระดับระบบ (system) มีลักษณะไม่เป็นทางการ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกัน หรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่างๆ ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ

4.5 กลไกของการสนับสนุนทางสังคม

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

- ไดมอนด์ และโจนส์ (Diamond; & Jones. 1983) ได้สรุปตามสมมติฐาน ซึ่งมีพื้นฐานจากการศึกษาในเรื่องของการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และความเจ็บป่วย ผลการศึกษา คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงกับสุขภาพ การที่ได้รับหรือไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความเป็นความตายได้
2. การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวกลางในการต่อต้านผลจากความเครียดสูงได้ 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 หรือ ชดเชยผลของการเปลี่ยนแปลงในทางลบได้
2. การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดระดับของการปรับตัวที่ไม่ดีได้หลายวิธี ดังนั้นจึงเป็นการพัฒนาสุขภาพได้โดยตรง เช่น ลดความตึงเครียดระหว่างบุคคล ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ความพอใจและประเมินตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้อง
3. การสนับสนุนทางสังคมสามารถป้องกันผลร้ายจากภาวะวิกฤตและการเปลี่ยนแปลง และช่วยในการพัฒนาความสามารถในการปรับตัวในช่วงการเปลี่ยนแปลงของชีวิต

สรุปคือ หน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยยกระดับของสุขภาพ ลดแรงกดดันและป้องกันบุคคลจากผลของการเปลี่ยนแปลงชีวิตในหลายด้านด้วยกลไกหลายอย่าง กล่าวคือการสนับสนุนทางสังคมเป็นพลังในการจัดการภาวะการปรับตัวที่ไม่ดีจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตนั่นเอง

4.6 ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม

แนวความคิดของการสนับสนุนทางสังคมมีหลากหลาย มีทั้งความแตกต่างและคล้ายคลึงกัน ในการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อสุขภาพโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถปรับแก้ไขความเครียดได้ดีขึ้น ช่วยให้ผู้บุคคลเกิดความมั่นคงทางด้าน

อารมณ์ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤต นอกจากนี้ เพนเดอร์ (Pender. 1984) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญ 3 ประการ คือ (สรินดา น้อยสุข. 2545: 23)

4.6.1 เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ลดภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน

4.6.2 ส่งเสริมภาวะสุขภาพ ช่วยให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตเต็มที่

4.6.3 เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย และช่วยให้บุคคลปรับพฤติกรรมเพื่อผ่อนคลายระดับของอันตราย หรือความเครียดที่ประสบอยู่ เมื่อมีปัญหาทางด้านจิตใจจะสามารถปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจดีขึ้น

ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทุกช่วงวัย มีลักษณะเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม ความคิด ความรู้สึก เพื่อให้ตนเองเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย เป็นที่รักและต้องการของครอบครัวและสังคม ในวัยผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกัน ควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต และเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้มากขึ้น ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4.7 การสนับสนุนทางสังคมในวัฒนธรรมต่างๆ

วาลเฟรย์ (Valfre; & M.M. 2001: 188) พบว่ามีผู้สูงอายุมากกว่า 95% ที่อาศัยอยู่นอกครอบครัว เช่น สถานดูแลผู้สูงอายุ ยกเว้นผู้สูงอายุที่อายุ 85 ปี ขึ้นไป ซึ่งมีประมาณ 20% ที่อาศัยอยู่ในครอบครัว มีมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี ยังอาศัยอยู่กับครอบครัวพร้อมคู่ชีวิต และมีจำนวนมากที่อาศัยอยู่คนเดียว

- ประเพณีของครอบครัวชาวเกาหลี บุตรชายคนแรกซึ่งเป็นผู้ที่จะสืบทอดการเป็นหัวหน้าครอบครัวและจะได้รับทรัพย์สินส่วนใหญจะต้องเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุในครอบครัว

- ประเพณีของชาวญี่ปุ่น บุตรชายที่มีอายุมากที่สุดหรือบุตรที่ยังไม่แต่งงานในครอบครัวต้องเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

- ประเพณีชาวอเมริกันพื้นเมือง (Native Americans) จะยกย่องผู้สูงอายุ เพราะถือว่าหัวหน้าเผ่าพันธุ์ต้องมีประสบการณ์และความรู้มากมายก่อนที่จะได้มาเป็นหัวหน้า ครอบครัวชาวอเมริกันพื้นเมืองเป็นครอบครัวใหญ่ ครอบครัวขยาย ทุกคนในครอบครัวมีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

- ประเพณีครอบครัวชาวจีนจะตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุ ผู้ที่มีอายุมากที่สุด ในครอบครัวจะได้รับการยอมรับและเชิดชู และการตัดสินใจต่างๆ ต้องได้รับความเห็นชอบจาก สมาชิก ในครอบครัว

- ประเพณีชาวอัฟริกัน – อเมริกัน มีแหล่งสนับสนุนใหญ่ที่ให้การช่วยเหลือและดูแล ความสุขสบายแก่ผู้สูงอายุ

- ชาวอเมริกันเชื้อสายสเปน (Hispanic – American) ผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่กับบุตรที่ แต่งงานแล้ว

4.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการสนับสนุนทางสังคม

สรินดา น้อยสุข (2545 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ รับบริการในคลินิกจิตเวช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่รับบริการ ในคลินิกจิตเวช 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 ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น ร้อยละ 63.70 และด้านการได้รับการ ช่วยเหลือและคำแนะนำด้านต่างๆ ร้อยละ 59.63

เพ็ญศรี แก้วเวฬุ (2544. ออนไลน์) ได้ศึกษาเรื่อง ผู้สูงอายุกับการสนับสนุนทางสังคมของ ครอบครัวในชุมชนอำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของ ครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก พิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทาง สังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าอยู่ในระดับปานกลาง ด้าน สิ่งของ เงินทอง แรงงาน และบริการทางการแพทย์ อยู่ในระดับค่อนข้างมาก และด้านข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำอยู่ในระดับปานกลาง

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าใน- ผู้สูงอายุ

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

สมหมาย จันถี (2538 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง “การลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค โดยใช้การสนับสนุนทางสังคม” โดยมีจุดประสงค์ที่จะ ทดลองความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชรามอบบางแค 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 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 ได้ผลการทดลองดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมมีผลในการลดความซึมเศร้าของกลุ่มทดลองได้แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกัน มีความซึมเศร้ามลดลงไม่แตกต่างกัน

ศรีวรรณ ดันศิริ (2535 : 399-400) “ผลการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศน์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา” พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์สามารถลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้

อารยา จิยะจันทน์ (2535 : 34) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่ออารมณ์เศร้าของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 4 บางเขน กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีอารมณ์เศร้ามลดลงมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับข้อเสนอแนะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

อัมพร โอตระกุล; และคนอื่นๆ (2536. บทคัดย่อ) ศึกษาความทุกข์ของความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เขตเมือง (ดินแดง) และเขตชนบท (อำเภอบรรพตพิสัย) พบว่า ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองมีร้อยละ 38 และในเขตชนบทพบความซึมเศร้าร้อยละ 67.4 ซึ่งจากการที่ผู้สูงอายุในเขตชนบทซึมเศร้ามากกว่าในเขตเมืองนั้น เข้าใจว่าเนื่องจากเขตเมืองมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในชุมชนและสังคมสิ่งแวดล้อมในเขตเมืองมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าที่เขตชนบท

ทิพากร ปัญญไญใหญ่; วชิณี หัตถพนม; และ ละเอียด ปัญญไญใหญ่ (2539 : ออนไลน์) ได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ปัจจัยที่ทำการศึกษาได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว การมีงานอดิเรกทำ ภารกิจประจำวัน การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม โรคประจำตัว จำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 150 คน ผลการวิจัยการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าพบว่า อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ แหล่งที่มา

ของรายได้ ความเพียงพอของรายได้และค่าใช้จ่าย ลักษณะครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว งานอดิเรก ภารกิจประจำวัน การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม โรคประจำตัว และจำนวนครั้งที่มาติดต่อกับโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเพศ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ในด้านการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ จำนวนครั้งที่มาติดต่อกับโรงพยาบาล รายได้ ภารกิจประจำตัว โรคประจำตัว การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม งานอดิเรก และอายุ จากผลการศึกษาที่ได้รับ ผู้วิจัยได้เสนอแนะแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุต่อไป

องอาจ สิทธิเจริญชัย; และคณะ (2540: 175) ศึกษาคุณภาพของผู้สูงอายุไทย : กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพาสนับสนุนจากลูกหลานมากขึ้น ส่วนทางด้านสังคมมีลูกหลานเป็นเครือข่ายหลัก ในส่วนขององค์กรชุมชน มีการสนับสนุนและสัมพันธ์กันไม่มากนัก

มาลินี วงษ์สิทธิ์; ศิริวรรณ ศิริบุญ; และ อัจฉรา เอ็นซ์ (2541 : 78) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแล ให้บริการ และกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองหรือผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชนแออัด ในเขตกรุงเทพมหานคร มีการติดต่อพบปะสังสรรค์กับคนในวัยเดียวกันค่อนข้างน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในเขตชานเมืองหรือเขตชนบท และพบว่าร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุในเขตชานเมือง และในเขตชนบท มีเพื่อนในวัยเดียวกันเป็นจำนวนหลายคน

อัจฉรา เอ็นซ์; และ ปรียา รุ่งโสภาสกุล (2541 : 44) ศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะอยู่กับครอบครัว อยู่กับบุตรหลาน และรับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวมากกว่าไปรับบริการสวัสดิการสังคมที่รัฐจัดไว้ให้

ชัดเจน จันทรพัฒน์; และคนอื่นๆ. (2547: 80-89) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ($r=.46$) การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ($r=.36$) การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว ($r=.26$) และระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ($r=.17$) จากการวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าตัวแปรทั้ง 4 ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 36 โดยที่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย มีสัมพันธภาพกับครอบครัว และระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล อธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าเป็นร้อยละ 21, 6.3, 6 และ 3 ตามลำดับ ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนว่าการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติกิจวัตรด้วย

ตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้ นอกจากนี้พยาบาลหรือทีมสุขภาพควรมีการพูดคุยเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคให้ผู้ป่วยเข้าใจ และส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว ในขณะที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น

บัณฑิต เคียงธนสมบัติ (2547 : บทคัดย่อ) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม การมีกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและการมีกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต

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

อาร์ลิง (Arling G.1987 : online) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตึงเครียดในชีวิตกับอาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย และความผิดปกติทางอารมณ์ในผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา พบว่า เพศหญิง คนผิวขาว คนโสด และระดับการศึกษาต่ำ เป็นปัจจัยให้เกิดความตึงเครียดสูง ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ฮุสไนนี และคนอื่นๆ (Husaini; et al. 1987: Abstract) พบว่า ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 61 ปี มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงและมีแนวโน้มที่มีประวัติพลังของ Ego ต่ำ สุขภาพไม่ดี มีคนสนิทจำนวนน้อยและได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีอายุน้อยกว่า

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

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 การมีเด็กมาเยี่ยมทุกสัปดาห์ มีคนใกล้ชิดสนิทสนมมีผลต่อการหายของภาวะซึมเศร้า และเป็นปัจจัยที่สำคัญมาก

ปรินซ์; และคนอื่นๆ (Prince, M. J.; et al. 1997 : Online) ได้ศึกษาเรื่อง “การขาดการสนับสนุนทางสังคม ความโดดเดี่ยว และเหตุการณ์ในชีวิตเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ”

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์ในชีวิต โดยการสำรวจผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปี ขึ้นไป ในลอนดอน ประเทศอังกฤษ พบว่า ภาวะซึมเศร้าและจำนวนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตที่ผ่านมา เช่น การเจ็บป่วย ฆ่าตัวตาย และการถูกขโมย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่พบบ่อยที่สุดมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ส่วนจำนวนของการขาดการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ระดับสูง ซึ่งจำนวนของการขาดการสนับสนุนทางสังคมขึ้นอยู่กับอายุ ความบกพร่องทางกาย ความโดดเดี่ยว และการใช้บริการของ สถานรับดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความโดดเดี่ยวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากที่สุด

เดรินที; และแพททรีเซีย (Drentea; & Patricia. 1999 : online) ศึกษาผลของการปลดเกษียณกับการมี สุขภาวะที่ดี พบว่า การเกษียณจากงานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าสูง ซึ่งทำให้มีสุขภาวะลดลง

โกลด์เบิร์ก (Goldberg. 1987: 375) กล่าวว่า ในสหรัฐอเมริกาพบผู้สูงอายุที่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าประมาณ ร้อยละ 10 – 20 ของผู้สูงอายุที่อยู่ตามบ้าน และพบมากขึ้นตามสถานรับบริการทางคลินิกหรือโรงพยาบาล

เกรท ซันด์สตรอม (Gredt Sundstrom. 2003 : online) ศึกษาเรื่องสัมพันธ์ภาพเครือข่าย และการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุในสวีเดน โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี พบว่า คู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนหลักของผู้สูงอายุ ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่ชีวิตจะให้ความไว้วางใจลูกหลานในการดูแลและส่วนมากจะใช้บริการการดูแลของสถานดูแลผู้สูงอายุ

จากการวิจัยของสถาบัน คาโรลินสกาในสวีเดน พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียว และแยกตัวจากสังคม ร้อยละ 60 จะหลงลืม ซึ่งอาการหลงลืมนั้นเป็นส่วนประกอบของโรคอัลไซเมอร์และโรคพาร์กินสัน การที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตัวคนเดียว มีการพบปะกับเพื่อนฝูงตลอดเวลา และใช้เวลาอยู่กับบุตรหลานหรือไปเยี่ยมเยียนบุตรหลานบ่อยๆ จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ซึ่งจากการศึกษาพบว่า อัตราการหลงลืมจะเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่มีเด็กอยู่ในบ้านแต่ไม่ได้ใช้เวลาไปพูดคุยกับบุตรหลาน มากกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีเด็กอยู่ในบ้าน (Janelle Barlow. Online)

จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น พอจะสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าโดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและสังคมมาก จะทำให้มีภาวะซึมเศร้ามลดลงได้

5.2 การทำนายภาวะซึมเศร้าจากตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม

บาร์คาร์ ฮุซัยนี (Baqar Husaini. 1997: online) ศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุผิวขาวกับผิวดำมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน แต่ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับการสนับสนุนทางสังคม

วิลเลียม; โจเอล; และ คัลเลน (William; Joel; & Cullen. 1992: online) ศึกษาการวิเคราะห์ตัวแปรซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ผู้ที่มีรายได้ต่ำ และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ตัวทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายภาวะซึมเศร้า คือ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งอาจนำไปสู่การสูญเสียหน้าที่ได้

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

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

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่จะช่วยบรรเทาความเครียด ความซึมเศร้า ทำให้สามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยในวัยผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมถอยทุกด้าน ถ้าได้รับการดูแลใกล้ชิด การสนับสนุนจากครอบครัวจะทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาและมีความสุขกับชีวิต ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าการสนับสนุนทางสังคมน่าจะเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

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

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุวิชัยพยาบาล กรุงเทพมหานคร

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิงที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุวิชัยพยาบาล ซึ่งเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมในปี พ.ศ. 2549 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน โดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม
2. แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
3. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรม

แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีเนื้อหาครอบคลุมอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ ความรู้สึก ด้านการคิดรู้ และพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ซึ่งเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย ที่ได้รวมกลุ่มบรรดาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยา จากหลายสถาบันทั่วทั้งประเทศไทย ลักษณะของแบบวัดความซึมเศร้า TGDS เป็นแบบเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” จำนวน 30 ข้อ ซึ่งตรงกับอาการที่เป็นอยู่ตามความเป็นจริง

ตัวอย่าง แบบวัดภาวะซึมเศร้า

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
0	ท่านรู้สึกที่ท่านนอนไม่ค่อยหลับในเวลากลางคืน		
00	ท่านรู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง		

เกณฑ์การให้คะแนน

นำแบบวัดความซึมเศร้ามากำหนดค่าคะแนนโดยการวัดคะแนนข้อ 1,5,7,9,18,19,21, 27,29,30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือ ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

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

การหาคุณภาพแบบวัดภาวะซึมเศร้า

แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ได้มีการหาคุณภาพเครื่องมือไว้แล้ว โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.93 ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้มาหาค่าความเชื่อมั่นใหม่อีกครั้งหนึ่ง ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีวิธีดำเนินการสร้างเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย และวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ

2. รวบรวมความรู้และแนวคิดสร้างเป็นแบบวัดให้มีเนื้อหาครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน คือ ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ความมั่นใจในความมีคุณค่าแห่งตน และการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่างๆ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ไม่แน่ใจ ไม่จริง และไม่จริงที่สุดจำนวน 40 ข้อซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 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

ตัวอย่าง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน

ข้อที่	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0	ท่านรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวของท่าน					

ตัวอย่าง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ข้อที่	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0	ท่านไม่ยากพูดคุยกับคนรอบข้าง					

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	ถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือ คนรอบข้างยินดีช่วยเหลือท่าน					

เกณฑ์การให้คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนรวม 32-57 คะแนน และคะแนนรายด้านอยู่ระหว่าง 6-11 คะแนน แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมาก

ผู้ที่ได้คะแนนรวม 58-83 คะแนน และคะแนนรายด้านอยู่ระหว่าง 12-17 คะแนน แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ผู้ที่ได้คะแนนรวม 84-109 คะแนน และคะแนนรายด้านอยู่ระหว่าง 18-23 คะแนน แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

ผู้ที่ได้คะแนนรวม 110-135 คะแนน และคะแนนรายด้านอยู่ระหว่าง 24-29 คะแนน แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

ผู้ที่ได้คะแนนรวม 136-160 คะแนน และคะแนนรายด้านอยู่ระหว่าง 30-35 คะแนน แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมาก

การหาคุณภาพแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

1. การหาความเที่ยงตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชวลี แยมวงษ์ อาจารย์ดร.โสภิต แสงอ่อน และ พันเอกเอกวิฑูรย์ เต็มบุญเกียรติ ตรวจสอบความเหมาะสมทางด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ในข้อคำถามให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้

2. การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 50 คน แล้วนำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อหาค่า

อำนาจจำแนกรายข้อด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม โดยใช้สูตรของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ได้ข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกจำนวน 32 ข้อ

3. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการหาค่าอำนาจจำแนกแล้วมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา โดยใช้วิธีของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์ด้วยตนเอง มีการดำเนินการวิจัยตามลำดับดังต่อไปนี้

1. นำหนังสือแนะนำตัวขออนุญาตเก็บข้อมูลและขออนุมัติการทำวิจัยในคนจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลและผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย

2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง

3. แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและอธิบายรายละเอียดของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง

4. เริ่มทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบวัดที่เตรียมไว้ภายหลังจากการพูดคุยสร้างความคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่าง ในระหว่างวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549 ถึงวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2549 รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 1 เดือน

5. ผู้วิจัยรวบรวมตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของแบบสอบถามทั้งหมด ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้าน โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันในด้าน เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติ t-test และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันในด้าน อายุ และ สถานภาพสมรส โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis of Variance)

4.วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับ ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

5.ทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จากตัวแปรทำนายการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบเพิ่มตัวแปรทีละตัว (Stepwise)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการแปลผล และความหมายของการวิเคราะห์ข้อมูลได้ตรงกัน จึงได้กำหนดสัญลักษณ์ และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
S.D.	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean Square)
b	แทน	สัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายซึ่งทำนายในรูปคะแนนดิบ
β	แทน	สัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายซึ่งทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน
R	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R^2	แทน	สัมประสิทธิ์ของการทำนาย
R^2 Change	แทน	สัมประสิทธิ์ของการทำนาย ที่เปลี่ยนไปเมื่อเพิ่มตัวทำนายทีละตัว
F Change	แทน	ค่าสถิติเอฟ (F) ที่ใช้ทดสอบความมีนัยสำคัญของการเพิ่มตัวทำนายทีละตัว
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
sup1	แทน	ด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน
sup2	แทน	ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
sup3	แทน	ด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น
sup4	แทน	ด้านที่ 4 การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า
sup5	แทน	ด้านที่ 5 การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณา t – distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการแจกแจงแบบ F (F – distribution)
p	แทน	ค่าของระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*** แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจัดเรียงตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

ตอนที่ 2 ระดับภาวะซึมเศร้า และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุใน ชมรมผู้สูงอายุวิริยพยาบาล

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิริยพยาบาล เมื่อจำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมทั้ง 5 ด้าน และรายด้าน กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิริยพยาบาล

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้าน ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาสนับ ประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และด้านการได้รับความช่วยเหลือใน ด้านต่างๆ ซึ่งสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้อย่างน้อย 1 ด้าน โดยใช้การวิเคราะห์ ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบเพิ่มตัวแปรทีละตัว (Stepwise)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาลตามตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	22	18.3
หญิง	98	81.7
รวม	120	100
2. อายุ		
60-65 ปี	16	13.3
66-70 ปี	44	36.7
71-75 ปี	33	27.5
มากกว่า 75 ปี	27	22.5
รวม	120	100
3. สถานภาพสมรส		
คู่	57	47.5
โสด	26	21.7
หม้าย/หย่า	37	30.8
รวม	120	100
4. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	82	68.3
ปริญญาตรีขึ้นไป	38	31.7
รวม	120	100

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
5. อาชีพ		
เป็นข้าราชการบำนาญ	73	60.8
ไม่เป็นข้าราชการบำนาญ	47	39.2
รวม	120	100
6. ความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม		
น้อยกว่า 4 ครั้ง/เดือน (ไม่สม่ำเสมอ)	27	22.5
มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง/เดือน (สม่ำเสมอ)	93	77.5
รวม	120	100

จากตาราง 3 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรพยาบาลมีจำนวนทั้งหมด 120 คน เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 81.7 และเป็นเพศชาย จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3

ในด้านอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีช่วงอายุ 66-70 ปี จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 36.7 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 71-75 ปี จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 และกลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ อายุ 60-65 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3

ด้านสถานภาพสมรสคู่ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 47.5 รองลงมาคือ หม้าย/หย่า จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 30.8 และน้อยที่สุด คือ โสด จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 21.7

ด้านระดับการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 68.3 และระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 31.7

ด้านอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีอาชีพ ข้าราชการบำนาญ จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 60.8 และ ไม่เป็นข้าราชการบำนาญ จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 39.2

ด้านความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมสม่ำเสมอ จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 77.5 และไม่สม่ำเสมอ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5

ตอนที่ 2 ระดับภาวะซึมเศร้า และ ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรพยาบาล

2.1 ระดับภาวะซึมเศร้า

เกณฑ์การประเมินระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ 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

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรพยาบาลมาเทียบกับเกณฑ์ข้างต้น พบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าระดับต่างๆกันตามตาราง 4 ดังนี้

ตาราง 4 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรพยาบาลจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า

ระดับภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	S.D.	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)	5.68	3.14	114	95.0
เล็กน้อย	14.4	2.19	5	4.2
ปานกลาง	20.0	0.0	1	0.8
รุนแรง	-	-	-	-
รวม			120	100

จากตาราง 4 พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ระดับภาวะซึมเศร้าปกติ) จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 95.0

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มรวมทั้งหมดเทียบกับเกณฑ์ พบว่าผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ) ซึ่งแสดงผลในตาราง 5

ตาราง 5 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลุ่มรวม

N	$\bar{X}$	S.D.	ระดับภาวะซึมเศร้า
120	6.18	3.76	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)

เมื่อวิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลในกลุ่มย่อยโดยจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา ปรากฏผลตามตาราง 6

ตาราง 6 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S.D.	ระดับภาวะซึมเศร้า
เพศ				
ชาย	22	6.91	3.48	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
หญิง	98	6.02	3.82	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
อายุ				
60-65 ปี	16	5.87	5.61	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
66-70 ปี	44	6.14	3.73	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
71-75 ปี	33	6.73	2.92	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
มากกว่า 75 ปีขึ้นไป	27	5.78	3.54	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
สถานภาพสมรส				
คู่	57	6.46	4.31	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
โสด	26	5.92	2.83	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
หม้าย/หย่า	37	5.94	3.49	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	82	6.40	3.49	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
ปริญญาตรีขึ้นไป	38	5.71	4.31	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S.D.	ระดับภาวะซึมเศร้า
อาชีพ				
ข้าราชการบำนาญ	73	6.01	3.66	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
ไม่เป็นข้าราชการบำนาญ	47	6.45	3.95	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
ความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม				
ไม่สม่ำเสมอ	27	7.67	4.41	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
สม่ำเสมอ	93	5.75	3.46	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)

จากตาราง 6 ผู้สูงอายุในกลุ่มย่อยที่จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ) ทุกกลุ่ม

2.2 การสนับสนุนทางสังคม

เกณฑ์การประเมินระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิหิรพยาบาล แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	คะแนนรวม (32-160)	คะแนนรายด้าน (6-40)
ต่ำมาก	32 – 57	6 – 11
ต่ำ	58 – 83	12 – 17
ปานกลาง	84 – 109	18 – 23
สูง	110 – 135	24 – 29
สูงมาก	136 – 160	30 – 35

เมื่อวิเคราะห์จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมได้ผลตามตาราง 7

ตาราง 7 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรยาบาล จำแนกตามระดับ-
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
รวม 5 ด้าน		
ต่ำมาก	-	-
ต่ำ	-	-
ปานกลาง	13	10.8
สูง	99	82.5
สูงมาก	-	-
	120	100
ด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน		
ต่ำมาก	-	-
ต่ำ	4	3.3
ปานกลาง	24	20.0
สูง	77	64.2
สูงมาก	15	12.5
	120	100
ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม		
ต่ำมาก	-	-
ต่ำ	-	-
ปานกลาง	6	5.0
สูง	90	75.0
สูงมาก	4	20.0
	120	100

ตาราง 7 (ต่อ)

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน		
ต่ำมาก	-	-
ต่ำ	4	3.3
ปานกลาง	24	20.0
สูง	77	64.2
สูงมาก	15	12.5
	120	100
ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม		
ต่ำมาก	-	-
ต่ำ	-	-
ปานกลาง	6	5.0
สูง	90	75.0
สูงมาก	4	20.0
	120	100
ด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น		
ต่ำมาก	-	-
ต่ำ	3	2.5
ปานกลาง	67	55.8
สูง	50	41.7
สูงมาก	-	-
	120	100

ตาราง 7 (ต่อ)

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ด้านที่ 4 การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า		
ต่ำมาก	-	-
ต่ำ	3	2.5
ปานกลาง	83	69.2
สูง	34	28.3
สูงมาก	-	-
	120	100
ด้านที่ 5 การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ		
ต่ำมาก	-	-
ต่ำ	11	9.2
ปานกลาง	65	54.2
สูง	44	36.6
สูงมาก	-	-
	120	100

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มรวมทั้งหมดเทียบกับเกณฑ์ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน ดังแสดงผลในตาราง 8

ตาราง 8 ระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิริยพยาบาล

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
รวม 5 ด้าน	120	121.17	9.45	สูง
ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน	120	25.81	3.75	สูง
ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	120	27.94	2.50	สูง
ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น	120	23.11	2.33	ปานกลาง
ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า	120	22.17	2.26	ปานกลาง
ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ	120	22.15	2.75	ปานกลาง

จากตาราง 7 – 8 แสดงว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมรวม 5 ด้าน อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 82.5) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (ร้อยละ 75.0) และความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพันอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 64.2) ส่วนระดับการสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น (ร้อยละ 55.8) ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า (ร้อยละ 69.2) และด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ (ร้อยละ 54.2) จัดอยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิริยพยาบาล
เมื่อจำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และ ระดับการสนับสนุนทางสังคม

3.1 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามตัวแปรเพศ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย

ตาราง 9 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรพยาบาลจำแนกตามตัวแปรเพศ

เพศ	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ชาย	22	6.91	3.48	1.001	.159
หญิง	98	6.02	3.82		

จากตาราง 9 พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรพยาบาลทั้งเพศชายและเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

3.2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามตัวแปรอายุ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ตาราง 10 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรพยาบาล ตามตัวแปรอายุ

อายุ	N	$\bar{X}$	S.D.
60 – 65 ปี	16	5.87	5.61
66 – 70 ปี	44	6.14	3.73
71 – 75 ปี	33	6.73	2.92
มากกว่า 75 ปีขึ้นไป	27	5.78	3.54

ตาราง 11 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิริยพยาบาล จำแนกตามตัวแปรอายุ

แหล่งของ					
ความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	15.82	5.27	.366	.777
ภายในกลุ่ม	116	1670.14	14.39		
รวม	119	1685.96			

จากตาราง 11 พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิริยพยาบาลที่มีช่วงอายุต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

3.3 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามตัวแปรสถานภาพสมรส เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า โสด และหม้าย/หย่า

ตาราง 12 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิริยพยาบาล ตามตัวแปรสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	N	$\bar{X}$	S.D.
คู่	57	6.46	4.31
โสด	26	5.92	2.83
หม้าย/หย่า	37	5.94	3.49

ตาราง 13 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล จำแนกตามตัวแปรสถานภาพสมรส

แหล่งของ					
ความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	8.088	4.044	.282	.755
ภายในกลุ่ม	117	1677.878	14.341		
รวม	119	1685.967			

จากตาราง 13 พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาลที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

3.4 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป

ตาราง 14 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล จำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ต่ำกว่าปริญญาตรี	82	6.40	3.49		
ปริญญาตรีขึ้นไป	38	5.71	4.31	.936	.175

จากตาราง 14 พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีและผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4

3.5 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามตัวแปรอาชีพ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพไม่เป็นข้าราชการบำนาญมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญ

ตาราง 15 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรยาบาล
จำแนกตามตัวแปรอาชีพ

อาชีพ	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ข้าราชการบำนาญ	73	6.01	3.66	-614	.271
ไม่เป็นข้าราชการบำนาญ	47	6.45	3.95		

จากตาราง 15 พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรยาบาลที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญ และผู้สูงอายุที่มีอาชีพไม่เป็นข้าราชการบำนาญมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5

3.6 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามตัวแปรความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมไม่สม่ำเสมอมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ

ตาราง 16 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรยาบาล
จำแนกตามตัวแปรความสม่ำเสมอของการเข้ากิจกรรมของชมรม

ความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรม ของชมรม	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ไม่สม่ำเสมอ (น้อยกว่า 4 ครั้ง/เดือน)	27	7.67	4.41	2.076*	.009
สม่ำเสมอ (มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง/เดือน)	93	5.75	3.46		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 16 พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรยาบาลที่มาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมไม่สม่ำเสมอมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6

3.7 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามตัวแปรระดับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

ตาราง 17 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรยาบาล
จำแนกตามตัวแปรระดับการสนับสนุนทางสังคม

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ต่ำ	60	7.02	3.56	-2.477*	.007
สูง	60	5.35	3.79		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรยาบาลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมทั้ง 5 ด้านและรายด้าน กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรยาบาล

การศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 8 ที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันทางลบ

ตาราง 18 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน
กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล

	การ สนับสนุน ทางสังคม โดยรวม	ด้านความ ใกล้ชิด	ด้านการ มีส่วนร่วม	ด้านการมี ประโยชน์	ด้าน ความมี คุณค่า	ด้านการ ได้รับความ ช่วยเหลือ	ภาวะ ซึมเศร้า
- การสนับสนุนทางสังคม โดยรวม	1	.774**	.733**	.565**	.588**	.751**	-.320**
- ด้านความใกล้ชิด		1	.374**	.243**	.247**	.548**	-.209*
- ด้านการมีส่วนร่วม			1	.459**	.394**	.387**	-.317**
- ด้านการมีประโยชน์				1	.160	.216*	-.211*
- ด้านความมีคุณค่า					1	.364**	-.150
- ด้านการได้รับความช่วยเหลือ						1	-.229*
- ภาวะซึมเศร้า							1

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 18 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านการมีประโยชน์ต่อผู้อื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมของสังคม และโดยรวมทุกด้าน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยส่วนใหญ่จึงสอดคล้องกับสมมติฐาน

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาสนับถือประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้อย่างน้อย 1 ด้าน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบเพิ่มตัวแปรทีละตัว (Stepwise)

การศึกษากการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน เพื่อทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรยาบาล เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 9 ที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านที่ 3 การมีโอกาสนับถือประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านที่ 4 การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า ด้านที่ 5 การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้

ตาราง 19 แสดงตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านที่ทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรยาบาล

ตัวแปรทำนาย	b	β	t	หมายเหตุ	
ขั้นที่ 1					
1. การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	-0.476	-.317	-3.626	R	= .317
				R ²	= .100
				R ² Change	= .100
constant = 19.494				F Change	= 13.145***

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 19 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อค้นหาตัวแปรทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรยาบาล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน (ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาสนับถือประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ) พบว่า ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านที่สำคัญในการเข้าสู่สมการเพื่อทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรยาบาล มี 1 ด้าน คือ ด้านที่ 2 ด้านการมีส่วนร่วม

ร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 บางส่วน ดังแสดงลำดับการเข้าสู่สมการคือ

ขั้นที่ 1 ตัวแปรทำนายอันดับแรกที่เข้าสู่สมการคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิโรพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 10.0 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ $-.317$ ($p < .001$)

ซึ่งสามารถเขียนสมการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ ดังนี้

สมการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = 19.494 - .476\text{sup}2$$

สมการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = -.317\text{sup}2$$

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชมรม-ผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ-การศึกษา อาชีพ ความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร
4. เพื่อศึกษาตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าโสด และหม้าย/หย่า
4. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป
5. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพไม่เป็นข้าราชการบำนาญมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญ
6. ผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมของชมรมไม่สม่ำเสมอมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมของชมรมสม่ำเสมอ
7. ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง
8. การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันทางลบ

9. การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านที่ 4 การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า ด้านที่ 5 การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ สามารถร่วมกันทำนวยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรยาบาล กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิงที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรยาบาล กรุงเทพมหานคร ซึ่งเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมในปี พ.ศ. 2549 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน โดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ให้เลือกตอบ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ ที่ประกอบไปด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม

ตอนที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ

ตอนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบ่งเป็น 5 ด้าน จำนวน 32 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test)

4. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตามตัวแปร อายุ และ สถานภาพสมรส โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way- Analysis of Variance)

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

6. ทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จากตัวแปรทำนายการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบเพิ่มตัวแปรทีละตัว (Stepwise)

สรุปผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลได้ดังนี้

1. ผลจากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษามีจำนวนทั้งหมด 120 คน เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 81.7 และเป็นเพศชาย จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3

1.2 ด้านอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีช่วงอายุ 66 – 70 ปี จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 36.7 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 71 – 75 ปี จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 และกลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ อายุ 60-65 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3

1.3 ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 47.5 รองลงมา คือ หม้าย/หย่า จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 30.8 และน้อยที่สุด คือ โสด จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 21.7

1.4 ด้านระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 68.3 และจบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 31.7

1.5 ด้านอาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาชีพข้าราชการบำนาญ จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 60.8 และไม่เป็นข้าราชการบำนาญ จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 39.2

1.6 ด้านความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม พบว่า ผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมสม่ำเสมอ จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 77.5 และมาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมไม่สม่ำเสมอ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5

2. ผลจากการศึกษาระดับของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ) คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.18

3. ผลจากการศึกษาระดับของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้าน

3.1 การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 121.17 คิดเป็นร้อยละ 82.5

3.2 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพันอยู่ในระดับสูง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.81 คิดเป็นร้อยละ 64.2

3.3 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอยู่ในระดับสูง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.94 คิดเป็นร้อยละ 75.0

3.4 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.11 คิดเป็นร้อยละ 55.8

3.5 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 4 การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่าอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.17 คิดเป็นร้อยละ 69.2

3.6 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 5 การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.15 คิดเป็นร้อยละ 54.2

4. ผลจากการศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล ตามตัวแปรชีวสังคม

4.1 ผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย

4.2 ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกัันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

4.3 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันโดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มืภาวะซึมเศร้ต่ำกัว่าโสด หม้าย/หย่า

4.4 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษานิยมตรีขึ้นไป

4.5 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพไม่เป็นข้าราชการบำนาญมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญ

4.6 ผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมไม่สม่ำเสมอและผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมสม่ำเสมอมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ

5. ผลจากการศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิหิตพยาบาล ตามตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

6. ผลจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านกับภาวะซึมเศร้า

6.1 การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8

6.2 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.3 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6.4 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.5 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 4 การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

6.6 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 5 การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. ผลจากการศึกษาตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านที่สำคัญในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุชรียาบาล มี 1 ด้าน คือ ด้านที่ 2 ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นตัวพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 10.0

อภิปรายผล

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุชรียาบาล สามารถแบ่งการอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ระดับของภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุชรียาบาล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95) ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ) ($\bar{X} = 6.18$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาส จิตตาศิริวัตร (2544: 5. ออนไลน์) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลสวนแตง อำเภอละแม จังหวัดชุมพร เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมและกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนค่าความเศร้าในกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม จะมีอัตราผู้เป็นปกติ ร้อยละ 68 มีภาวะความเศร้า ร้อยละ 32 ซึ่งแบ่งเป็นเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 20 เศร้าปานกลาง ร้อยละ 10 และเศร้ารุนแรง ร้อยละ 2 โดยในกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ จะมีผู้เป็นปกติ ร้อยละ 50 มีภาวะความเศร้า ร้อยละ 50 ซึ่งแบ่งเป็นเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 46 เศร้าปานกลาง ร้อยละ 2 เศร้ารุนแรง ร้อยละ 2 และจากการศึกษาของ กมลิน สาดตรา (2531: 78) ได้ศึกษาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความซึมเศร้าเล็กน้อย เป็นจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.99 จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ในวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ทั้งนี้เนื่องมาจากชมรมผู้สูงอายุชรียาบาล ได้ก่อตั้งมานาน จึงมีผู้มาเข้าร่วมสมาชิกในชมรมนี้มากเป็นอันดับต้นๆของประเทศไทย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถ้ามีเวลาว่างจากงานหรือกิจกรรมที่บ้าน จะเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอย่างสม่ำเสมอ จากการที่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกที่ตนเองมีบทบาท และมีประโยชน์ต่อสังคมอยู่ นอกจากนั้นการที่ผู้สูงอายุส่วนมากมีเพื่อนสนิทก็เป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพูดคุย ระบายความคับข้องใจต่างๆ ซึ่งจะช่วยลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ ผู้สูงอายุในชมรมนี้จึงมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ

2. ระดับการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.5) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 121.17$) และเมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับสูง คือ ด้านที่ 1 ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพันอยู่ในระดับสูง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.81 ด้านที่ 2 ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอยู่ในระดับสูง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.94 ด้านที่ 3 ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.11 ด้านที่ 4 ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่าอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.17 และด้านที่ 5 ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.39 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดีจากลูกหลาน ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ สรินดา น้อยสุข (2545 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกจิตเวช พบว่าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับสูง ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ร้อยละ 58.15 ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ร้อยละ 63.33 ด้านการได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตัวเอง ร้อยละ 60.74 ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ร้อยละ 62.96 ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น ร้อยละ 63.70 และด้านการได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำด้านต่างๆ ร้อยละ 59.63 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัสรา อารณ (2540: 95) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่ามีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี

จากการศึกษาจะเห็นว่าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส และ บุตรหลาน ซึ่งในสังคมปัจจุบัน บุตรหลานต้องไปทำงาน ไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุ บุคคลเหล่านี้จึงต้องการให้ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนในวัยเดียวกัน เพื่อจะได้ระบายความคับข้องใจต่างๆ และคลายความเหงา เศร้า วิตกกังวล และลดภาวะซึมเศร้าได้ และนอกจากนี้ชมรมผู้สูงอายุยังจัดให้มีกิจกรรมออกกำลังกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและใจที่ดียิ่งขึ้นอีกด้วย

3. ปัจจัยทางชีวสังคมกับภาวะซึมเศร้า

3.1 เพศกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย อาจเนื่องมาจากในภาวะซึมเศร้านั้นสามารถพบได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย แต่ในวัยผู้สูงอายุ

อาจจะมีการสะสมเรื้อรังและมีความรุนแรงกว่าในวัยอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพากร ปัญญาใหญ่:วชนี หัตถพนม; และละเอียด ปัญญาใหญ่ (2539: ออนไลน์) ที่ศึกษาเรื่อง “การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น” พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า และสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา จารณศรี (2539: 104) ที่ศึกษาเรื่องสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า เพศกับสภาวะสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกมลสิน สาทรา (2531: 79) ที่ศึกษาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและหญิงมีความซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องพอจะสรุปได้ว่า การที่คนเรามีเพศต่างกันจะมีความแตกต่างทางร่างกาย แต่เพศนั้นก็ไม่ได้ระบุว่ามีความแตกต่างทางจิตใจ หากแต่มีสภาพจิตใจและความรู้สึกนึกคิดแตกต่างกันไปตามเพศหรือตามที่ตั้งคมได้กำหนดขึ้นมา และในสังคมปัจจุบัน ความแตกต่างของเพศได้ลดบทบาทลง เนื่องจากสังคมมีการเปิดกว้างขึ้น ยอมรับถึงสิทธิ และความสามารถเท่าเทียมกันของเพศชายและเพศหญิง เพศหญิงจึงไม่เป็นฝ่ายที่ต้องเก็บกดอดทนมากเหมือนก่อน อีกต่อไป (จันทิมา จารณศรี. 2539: 105) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

3.2 ช่วงอายุกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน จากผลการศึกษาพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ กมลสิน สาทรา (2531: 79) ที่ศึกษาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกันมีความซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ รวิวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล (2547: บทคัดย่อ) ที่ศึกษา เปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหวและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี พบว่า ระดับอายุแตกต่างกัน มีการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว และสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สายนต์ เจริญขำ (2535: 6) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าโดยผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น มีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีระดับภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า

จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องพอจะสรุปได้ว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุนั้น มีเพื่อนในวัยเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน สามารถพูดคุยหรือปรับทุกข์ซึ่งกันและกันได้ มีกิจกรรมที่ทำร่วมกันสามารถใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และผู้สูงอายุรู้สึกที่ตนเองยังมีความสามารถ และมีประโยชน์ต่อสังคมอยู่ และในวัยนี้เป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ของการสูญเสียต่างๆ มามาก เป็นผลให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่อยู่ในช่วงอายุต่ำกว่า ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกัันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

3.3 สถานภาพสมรสกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันโดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าโสด หม้าย/หย่า จากผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ กมลิน สาทรา (2531: 80) ที่ศึกษาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษาของเกริกชัย พิชัย (2546 : 56) ที่ศึกษา ความสุขของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญสม กองนิล (2545 : 74) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิด อคติในทัศนในด้านลบ การปรับตัวทางสังคม กับความซึมเศร้าในหญิงวัยหมดระดู โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่า สถานภาพสมรสโสด คู่ และหม้าย หย่า แยก ไม่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า

จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องพอจะสรุปได้ว่า สถานภาพสมรสเป็นสิ่งที่กำหนดบทบาทในชีวิตคน ซึ่งผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุนี้ จะมีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน และสาเหตุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุก็แตกต่างกันออกไป สาเหตุหนึ่งของผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุก็อาจเนื่องจากสภาวะทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป จากสังคมเดิมที่เป็นครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว ต้องดิ้นรนสู้กับสังคมที่มีค่าครองชีพสูงขึ้น เด็กๆ ขาดความอบอุ่น ผู้สูงอายุขาดคนดูแล คุณค่าและความหมายของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป รวมทั้งการพลัดพรากจากกันด้วยการเสียชีวิตของคู่สมรส ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว การมีครอบครัวและสถานภาพสมรสจึงเป็นเหมือนบทเรียนหรือประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

3.4 ระดับการศึกษากับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษاپริญญาตรีขึ้นไป จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าสนับสนุนผลการศึกษาของจันทิมา จารณศรี (2539: 105) ที่ศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการศึกษากับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กัน

จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องพอจะสรุปได้ว่า สภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไปเมื่อเวลาเปลี่ยนไป มีการกระจายโอกาสทางการศึกษามากขึ้น มีการเผยแพร่ความรู้ข่าวสารทางสื่อต่างๆ มากมาย เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และนิทรรศการต่างๆ การเรียนรู้การศึกษามีไม่เพียงในบทเรียนเท่านั้น หากเรายังสามารถเรียนรู้ได้จากประสบการณ์อีกด้วย การศึกษาเป็นเพียงแค่การขีดเส้นและชี้แนะให้บุคคลได้มีการเรียนรู้มากขึ้น และอีกประการหนึ่ง ในชมรมผู้สูงอายุนั้นได้จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ได้มีกลุ่มเพื่อนของตัวเอง ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพูดคุยพบปะสังสรรค์กัน ซึ่งสามารถระบายความคับข้องใจต่างๆ และช่วยลดความซึมเศร้าได้ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีและปริญญาตรีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

3.5 อาชีพกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพไม่เป็นข้าราชการบำนาญมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญ จากผลการศึกษาสนับสนุนผลการศึกษาของ รวิวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล (2547: 71) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว้าเหว่ และสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมแตกต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา จารณศรี (2539: 108) ที่ศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า อาชีพเดิมกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กัน

จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องพอจะสรุปได้ว่า เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในวัยเกษียณจากงานแล้ว บางคนไม่มีงานทำ แต่บางคนยังคงมีงานทำประจำแต่ก็เป็นเพียงเล็กน้อยๆ ไม่ใช่งานหลัก การที่ผู้สูงอายุยังคงทำงานก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยลดความเหงาและความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ ในทำนองเดียวกันก็เป็นการลดความขัดแย้งระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในบ้านลงด้วย การที่ผู้สูงอายุได้ทำงานไม่ว่าจะเป็นการทำงานเล็กๆ น้อยๆ ภายในบ้านที่ตนพักอาศัย หรือทำงานนอกบ้าน

จะช่วยให้กิจกรรมในชีวิตหรือการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมีความหลากหลาย ไม่จำเจ ไม่น่าเบื่อหน่าย และทำให้ผู้สูงอายุยังรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองมีความสำคัญ และมีบทบาทในทางครอบครัวและสังคม ชีวิตยังมีคุณค่า ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มียานพาหนะประจำ ในชีวิตประจำวันอาจจะทำงานบ้าน หรือกิจกรรมเล็กๆ น้อยๆ ภายในบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุนั้นรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองและช่วยลดความซึมเศร้าลงได้ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพไม่เป็นข้าราชการบำนาญและมีอาชีพข้าราชการบำนาญ มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

3.6 ความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมไม่สม่ำเสมอมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมสม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมไม่สม่ำเสมอมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมสม่ำเสมอ จากผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ สมหวัง มณีวงศ์ (2546: 54) ที่ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ ในเขตเทศบาล จังหวัดชัยภูมิ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอแตกต่างจากคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสังคม ด้านนันทนาการและด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ แตกต่างจากคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 และสนับสนุนผลการศึกษาของ ประภาส จิตตาศิรินุวัตร (2544: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลสวนแตง อำเภอละแม จังหวัดชุมพร เปรียบเทียบระหว่างที่เข้าร่วมและกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมชมรม ผู้สูงอายุพบว่า ค่าคะแนนความเศร้าเฉลี่ย (Mean) ในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ จะมีค่าน้อยกว่าในกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม (10.06 และ 11.78 คะแนน) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องพอจะสรุปได้ว่า เนื่องจากในชมรมผู้สูงอายุนั้นได้จัดให้มีกิจกรรมต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การท่องเที่ยว การประชุมวิชาการ เป็นต้น ซึ่งจากการที่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองมีบทบาท และมีประโยชน์ต่อสังคมอยู่ นอกจากนั้นการที่ผู้สูงอายุส่วนมากมีเพื่อนสนิทก็เป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพูดคุยระบายความคับข้องใจต่างๆ ซึ่งจะช่วยลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมไม่สม่ำเสมอมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมสม่ำเสมอ

4. การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 จากผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ เร็ตตี (เกริกชัย พิชัย. 2546: 30; อ้างอิงจาก เร็ตตี. 1991.) ที่ศึกษา ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในผู้สูงอายุเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวน้อย จะมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวมาก และสนับสนุนผลการศึกษาของศรีวรรณ ดันศิริ (2535: 399-400) ที่ศึกษาผลการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาระเนศน์ พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนทางสังคม

จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องพอจะสรุปได้ว่า การที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หรือการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นจะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 ที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันทางลบ จากผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ สมหมาย จันฉี (2538: 82) ที่ศึกษาการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค โดยใช้การสนับสนุนทางสังคม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลในการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษาของ โลเวตและคนอื่นๆ (Babara. 1990; citing Lovett and others. 1985) ที่ทำการศึกษาการให้การสนับสนุนทางสังคม 6 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางกาย ด้านข้อมูลข่าวสารและการส่งเสริมพัฒนาการตามโอกาส พบว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรี ตั้งตุลยางกูร (2538: บทคัดย่อ) ที่ทำการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความซึมเศร้ากับความกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาจิตสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของโรค ผลกระทบของการเจ็บป่วยและปัญหาการเงิน ของผู้ติดเชื้อ HIV/ ผู้ป่วยเอดส์ พบว่าความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .01$

จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องพอจะสรุปได้ว่า จากสภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงไป จากสังคมชนบทสู่สังคมอุตสาหกรรม เมืองกำลังขยายตัว สังคมเดิมที่เคยเป็นครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว ลูกหลานไม่ดูแลเอาใจใส่ ผู้สูงอายุจึงหันเข้ามาหาเพื่อนในวัยเดียวกันโดยการเข้าเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ เนื่องจากชมรมผู้สูงอายุเป็นแหล่งที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรม และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เมื่อผู้สูงอายุเข้ามาร่วมกิจกรรมในชมรม ท่านกลับได้รับการดูแลเอาใจใส่และเห็นความสำคัญว่ายังมีคุณค่า และสามารถทำประโยชน์ให้แก่ส่วนรวมได้ ประกอบกับมีเพื่อนในวัยเดียวกันให้พบปะพูดคุย ระบายความคับข้องใจต่างๆ ซึ่งจะช่วยลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุลงได้ ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันทางลบกับภาวะซึมเศร้า

6. การทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ผลจากการศึกษาตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9 โดยมีตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม 1 ด้าน ที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นตัวพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 10.0 จากผลการศึกษาสนับสนุนผลการศึกษาของวิลเลียม; โจเอล; และ คัลเลน (William; Joel; & Cullen. 1992: online) ศึกษาการวิเคราะห์ตัวแปรซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ผู้ที่มีรายได้ต่ำ และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ตัวทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายภาวะซึมเศร้า คือ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งอาจนำไปสู่การสูญเสียหน้าที่ได้ แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องพอจะสรุปได้ว่า จากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงมีโอกาสดำเนินกิจกรรมของชมรมหรือสังคม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก ข้อมูลข่าวสาร ความห่วงใย ความเอื้ออาทรต่อกัน ซึ่งจากการที่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอจะช่วยให้ตนเองรู้สึกว่ายังมีบทบาทและมีประโยชน์ต่อสังคมอยู่ นอกจากนั้นผู้สูงอายุยังมีโอกาสพูดคุย ระบายความคับข้องใจต่างๆ ที่ประสบมาในแต่ละวัน ซึ่งจะช่วยลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุลงได้ ซึ่งหากขาดการสนับสนุนทางสังคมด้านนี้จะทำให้ชีวิตน่าเบื่อหน่าย รู้สึกถูกตัดขาดออกจากสังคม ส่วนตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านอื่นๆ นั้นผู้สูงอายุอาจจะได้รับจากบุตรหลานและคนรอบข้าง แต่อาจไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุจึงต้องเข้ามาร่วม

กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเป็นตัวพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุนี้นี้ได้ดีที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. จากผลงานวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมมีส่วนช่วยในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ดังนั้นในฐานะที่ท่านเป็นลูกหลานควรให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะพูดคุยและระบายความคับข้องใจต่างๆ กับเพื่อนในวัยเดียวกัน ซึ่งช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ และนอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งทางชมรมผู้สูงอายุได้จัดให้มีกิจกรรมการออกกำลังกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ชมรมผู้สูงอายุนั้น ควรมีกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความเหงาอ้างว้าง จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้พบปะสังสรรค์ให้มากขึ้นเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุยเพื่อเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน หรือใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์เพื่อให้รู้สึกมีบทบาทและเป็นที่ยอมรับในสังคม ซึ่งจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากชมรมผู้สูงอายุแห่งอื่น เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุแต่ละแห่งว่ามีภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับใด

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของรัฐบาลและเอกชน

3. ควรทำการศึกษากับผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ในชมรมผู้สูงอายุด้วยว่ามีปัญหาเช่นเดียวกันหรือไม่เพื่อที่จะได้หาแนวทางป้องกันภาวะซึมเศร้าได้

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมลจิน สัตตรา. (2531). *ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาคลินิก). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมประชาสัมพันธ์. (2536). *รายงานการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เรื่องศูนย์บริการผู้สูงอายุ: ชุมชนควรมีส่วนร่วมอย่างไร ระหว่าง 1-2 ธันวาคม 2536 ณ โรงแรมรอยัลปรีนเซส*. กรุงเทพฯ: หน่วยสาธาณสุข กรมฯ.
- กัลยา นาคเพ็ชร; และคนอื่นๆ. (2542). *จิตวิทยาพัฒนาการ*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. ถ่ายเอกสาร.
- เกริกชัย พิชัย. (2546). *ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขภาพจิต). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- จันทร์เพ็ญ เนียมอินทร์. (2539). *สุขภาพจิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- จันทิมา จารณศรี. (2539). *สุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชัดเจน จันทรพัฒน์; สุนตตรา ตะบูนพงศ์; และคนอื่นๆ. (2547, พฤษภาคม). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย*. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 12(2): 80-89.
- ชาญกัญญา ดันดีลีปกร. (2547). *การศึกษาภาวะซึมเศร้า สมรรถภาพสมอง และคุณภาพชีวิตของข้าราชการเกษียณในกรุงเทพมหานคร*. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 35(2): 70-73.
- (2547). *สำรวจคุณภาพผลงานวิจัยชีวิต ภาวะซึมเศร้า และสภาพสมองของข้าราชการเกษียณ*. วารสารสมาคมนักวิจัย. กรุงเทพฯ.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. (2531). *การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน*. กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้ารักษาหายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ*. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.

ทิพากร ปัญญาใหญ่, วัชนี หัตถพนม ;และละเอียด ปัญญาใหญ่. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะ
ซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่น.

สืบค้นเมื่อ 26 มีนาคม 2548, <http://dmh.go.th/Abstract/details.asp?id=2343>

ธวัชชัย ลิฬหานาจ. (2545). ภาวะซึมเศร้าในชายวัยทอง. ใน *Problem Practice Promotion Prevention Postphone Productivity*. หน้า 346-347. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

นิลุบล รุจิรประเสริฐ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับ
การแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. วิทยานิพนธ์
พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล.

บัณฑิต เคียงธนสมบัติ. (2547). การสนับสนุนทางสังคม การมีกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้
สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

บริบูรณ์ พรพิบูลย์. (2535). โลกยามเช้าและแนวทางการเตรียมตัวเพื่อเป็นสุข. เชียงใหม่: พรสิงห์
การพิมพ์.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. (2528). จิตวิทยาสังคมกับสาธารณสุข ใน *สังคมวิทยาการ*. กรุงเทพฯ: ชวน
พิมพ์.

บุญสม กองนิล. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิด
อัตมโนทัศน์ในด้านลบ การปรับตัวทางสังคม กับความซึมเศร้าในหญิงวัยหมดระดู
โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.ถ่ายเอกสาร.

ประภาส จิตตาศิริวัตร. (2544, มกราคม-มีนาคม). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลสวนแตง อำเภอ
ละแม จังหวัดชุมพร เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วม และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม
ชมรมผู้สูงอายุ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม. 24(1).

พัชรี ตั้งตุลยางกูร. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความซึมเศร้ากับความกังวลใจ
เกี่ยวกับปัญหาจิตสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของโรค ผลกระทบของการ
เจ็บป่วยและปัญหาการเงินของผู้ติดเชื้อ HIV / ผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
(จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

พิสมัย พลายงาม. (2539). การศึกษาความต้องการกิจกรรมนันทนาการของผู้สูงอายุในชมรม
ผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (การศึกษาผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ.

- เพ็ญศรี แก้วเวฬุ. (2544). ผู้สูงอายุกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในชุมชนอำเภอสุโขทัยโก-ลก จังหวัดนราธิวาส. ปรินิพนธ์. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: โครงการสหวิทยาการระดับบัณฑิตศึกษา. สืบค้นเมื่อ 13 มิถุนายน 2548, “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่น” www.riclib.nrct.go.th/abs/t129978.pdf.
- เพ็ญแข ประจันปัจฉิน. (2534). การศึกษากลุ่มประชากรผู้สูงอายุ. ใน *ประมวลบทความผลงานทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์; และ ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2544). *ประชากรสังคมกับการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รวีวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล. (2547). *การศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหวและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี*. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยา-พัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2547). *การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- วาที นุญชะลิกษ์; และ ยุพิน วรสิริอมร. (2542). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ*. ใน *จุดเปลี่ยนนโยบายประชากร*. กุศล สุนทรธาดา. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. (2548). *ประวัติวชิรพยาบาล*. สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2548, จาก <http://www.vajira.ac.th/history>.
- ศิริพร จิรวัดณ์กุล. (2546). *ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีธรรม ธนะภูมิ. (2535). *พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ*. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- ศรีวรรณ ตันศิริ. (2535). *ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2540). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2 วัยรุ่น-วัยสูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมภาพ เรืองตระกูล. (2543). *โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.

- สมหมาย จันเณ. (2538). *การลดความเสื่อมช้าของผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคโดยใช้การสนับสนุนทางสังคม*. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ.
- สมหวัง มณีวงศ์. (2546). *ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ กับ ไม่สม่ำเสมอ ในเขตเทศบาล จังหวัดชัยภูมิ*. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (ศึกษาศาสตร์).
ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สรินดา น้อยสุข. (2545). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกจิตเวช*.
วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- สายยนต์ เจริญขำ. (2535). *ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเสื่อมช้าของผู้สูงอายุในเขตชนบท: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในเขตอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สาวตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. (2536). *ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต*.
ปรินญานิพนธ์ กศ.ด. (พัฒนศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สิริสุดา ชาวคำเขต; และคนอื่นๆ. (2545). *สิทธิและสวัสดิการของผู้สูงอายุ*. ใน *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ยุทธินทร์การพิมพ์.
- สุมาลย์ โทมัส. (2531). *ผู้สูงอายุในประเทศไทย สถานภาพ แนวโน้มและปัญหา*. *วารสารธรรมศาสตร์*. 16:1.
- สุรกุล เจนอบรม. (2541). *วิทยาการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โสเมสิริ รอดพิพัฒน์. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม กับ ภาวะเสื่อมช้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์*. ปรินญานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรถพร ทองแดง. (2544). *สารานุกรมผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.
- อรรถพร ทองแดง; และคนอื่นๆ. (2541). *การศึกษาภาวะเสื่อมช้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ*.
ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ สู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ*.
กรุงเทพฯ: พฤตวิทยา.
- องอาจ สิทธิเจริญชัย; และคนอื่นๆ. (2540). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย: กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์*. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคอีสาน*. 12(10).

- อัจจรา เอ็นท์; และ ปรียา รุ่งไธสงกุล. (2541). *การศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมพร โอตระกูล; และคนอื่นๆ. (2536). ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท. *วารสารกรมการแพทย์*. 18(10): 503-504.
- อัสร อารณ. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางจิตสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. ปรินูณานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อารยา จิยะจันทร์. (2535). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่ออารมณ์เศร้าของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 24 บางเขน กรุงเทพมหานคร*. ปรินูณานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- อาฟ้า หุตะเจริญ. (2547, 17 ตุลาคม). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *กรุงเทพวันอาทิตย์*. 16(5959). สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2548, จาก
<http://www.anamai.moph.go.th/advisor/241/24108.html>.
- 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.
- Babara Hansen Lemme. (1995). *Development in Adulthood*. Boston.
- Barbara R. Sarason, Irwin G. Sarason; & George R. Pierce. (1990). *Social Support an Interaction View*. Washington: John Wiley & Son.
- Baqar Husaini. (1997). *Depression Among the Elderly*. Retrieved April 7, 2005, from <http://www.hope.edu/academic/psychology/335/webrep2/depres2.html>.
- Blazer, D.G. (1982). *Depression in Late Life*. St.Louis: Mosby.
- Brown DR.; Mieburn NG.; & Gary LE. (1992). Symtoms of Depression among Older African-Americans. *An Analysis of Gender Differences, Gerontogist*. 32(6): 789.
- Concencus Statement. (1991). USDHHS: Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life.

- Drentea, Patricia. (1999.). <http://www.lib.umi.com/dissertation/fullcit/9965971>.
- Gerdt 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.
- Goldberg D.; Benjamin S.; & Creed F. (1987). *Psychiatry in Mental Practice*. London and New York: Tavistock.
- Hughes, R.N.; et al. (1993). *Depression Among the Elderly*. Retrieved April 7, 2005, from <http://www.hope.edu/academic/psychology/335/webrep2/depres2.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.
- Janelle Barlow. The Elderly and Social Support. *TMI US: Stress Management Corner*. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2548 จาก http://www.google.co.th/the_elderly_and_social_support.
- 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.
- McGrath, E.; et al. (n.d.). *Women and Depression*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Michelle Morrison Valfre. (2001). *Foundation of Mental Health Care*. 2nd ed. USA: A.Harcourt sciences.
- Nolen Hocksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford. CA: Stanford University Press.
- 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.
- Roberts; et al. (1997). *Depression Among the Elderly*. Retrieved April 7, 2005, from <http://www.hope.edu/academic/psychology/335/webrep2/depres2.html>.

T.E. Oxman; 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>.

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

ภาคผนวก ก
หนังสือขอความร่วมมือ

ที่ ศธ 0519.12/ 6๐๖1



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๓๑ สิงหาคม 2549

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางชลธิชา บุญศิริ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำสารนิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประณต คำฉิม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ในกรณีนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ตอบแบบสอบถาม การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2549

จึงเรียนมาเพื่อขอกความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางชลธิชา บุญศิริ ได้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเชชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2664-1000 ต่อ 5731

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-625-6536 มือถือ 04-756-6715

ที่ ศธ 0519.12/6051



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

3) สิงหาคม 2549

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางชลธิชา บุญศิริ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำสารนิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประณต คำฉิม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บ ข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ตอบแบบสอบถาม การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2549

จึงเรียนมาเพื่อขอกความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางชลธิชา บุญศิริ ได้เก็บข้อมูล เพื่อการวิจัย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จิระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2664-1000 ต่อ 5731

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-625-6536 มือถือ 04-756-6715



ที่ ศธ 0519.12/4๐๕๔

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๘ พฤษภาคม 2549

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวชลธิชา บุญศิริ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำสารนิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวรพชาบาล กรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประณต คำฉิม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชวลี เข้มวงษ์ และ อาจารย์โสภณ แสงอ่อน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวรพชาบาล กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวชลธิชา บุญศิริ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จีระเชชากุล)

คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-201-1319 มือถือ 01-325-5343



ที่ ศธ 0519.12/4055

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

8 พฤษภาคม 2549

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวชลธิชา บุญศิริ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำสารนิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิชิตพยาบาล กรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประณต คำจิณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ พ.อ.เอนกวิช เต็มบุญเกียรติ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิชิตพยาบาล กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวชลธิชา บุญศิริ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จีระเศชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-201-1319 มือถือ 01-325-5343

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

แบบสอบถามเรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร มีทั้งหมด 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบวัดสภาวะทางอารมณ์

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร เพื่อประกอบการทำสารนิพนธ์เท่านั้น ไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อและตอบตามความเป็นจริงของท่าน

ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

ชลธิชา บุญศิริ

นิสิตปริญญาโทสาขาจิตวิทยาพัฒนาการ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุ
 - () 60 – 65 ปี
 - () 66 – 70 ปี
 - () 71 – 75 ปี
 - () มากกว่า 75 ปี

3. สถานสมรส
 - () คู่
 - () โสด
 - () หม้าย/หย่า

4. ระดับการศึกษา
 - () ต่ำกว่าปริญญาตรี
 - () ปริญญาตรีขึ้นไป

5. อาชีพ
 - () ข้าราชการบำนาญ
 - () ไม่เป็นข้าราชการบำนาญ

6. จำนวนครั้งที่คุณมาเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมภายในระยะเวลา 3 เดือน
 - () น้อยกว่า 4 ครั้ง / เดือน
 - () มากกว่า หรือเท่ากับ 4 ครั้ง / เดือน

ส่วนที่ 2 แบบวัดสภาวะทางอารมณ์

คำชี้แจง

โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลาหนึ่ง สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน ให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ในตอนนี้		
2	คุณไม่ชอบทำอะไรในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ		
3	คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร		
4	คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ		
5	คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า		
6	คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้		
7	ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี		
8	คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ		
9	ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข		
10	บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง		
11	คุณรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อย ๆ		
12	คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน		
13	บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า		
14	คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น		
15	การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้ เป็นเรื่องน่ายินดีหรือไม่		
16	คุณรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อย ๆ		
17	คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณไม่ค่อยมีคุณค่า		
18	คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา		
19	คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนใจอีกมาก		
20	คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นอะไรใหม่ ๆ		
21	คุณรู้สึกกระตือรือร้น		
22	คุณรู้สึกสิ้นหวัง		

ข้อที่	ข้อความ	<u>ใช่</u>	<u>ไม่ใช่</u>
23	คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ		
24	คุณอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ อยู่เสมอ		
25	คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อย ๆ		
26	คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน		
27	คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า		
28	คุณไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น		
29	คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว		
30	คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด คำตอบนี้จะไม่มีถูกหรือผิด

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

ข้อ	คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
11.	ท่านไม่เคยร่วมกิจกรรมใดๆกับบุคคลรอบข้างหรือในชุมชน เพราะจะเป็นภาระผูกพันไม่จบสิ้น					
12.	เมื่อมีกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมตามวัย ท่านจะเข้าร่วมกิจกรรมนั้น					
13.	ท่านได้รับโอกาสในการแสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้อื่น					
14.	ท่านและบุคคลรอบข้างมีการร่วมมือกันเป็นอย่างดีในการทำกิจกรรม					
15.	ท่านรู้สึกว่าคุณเองไม่มีส่วนสร้างสรรค์สังคมให้ดีขึ้น					
16.	ท่านคิดว่าการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมทางสังคมเป็นเรื่องไม่จำเป็น					
17.	<u>ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น</u> มีบุคคลรอบข้างมาขอคำปรึกษาในเรื่องต่างๆจากท่านเสมอ					
18.	ท่านเต็มใจให้ความช่วยเหลือเสมอ เมื่อมีคนมาขอความช่วยเหลือ					
19.	ท่านมีความสุขกับการช่วยเหลือบุคคลรอบข้าง					
20.	การช่วยเหลือบุคคลรอบข้างทำให้ท่านอึดอัดใจ					
21.	บุคคลรอบข้างทำให้ท่านรู้สึกว่าคุณไม่มีประโยชน์ต่อผู้อื่น					
22.	ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะช่วยเหลือผู้อื่นได้					

ข้อ	คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
23.	ท่านรู้สึกว่าการขาดท่านแล้วงานบางอย่างไม่สามารถสำเร็จได้					
24.	ท่านทำสิ่งต่างๆที่คิดว่าเป็นประโยชน์ต่อบุคคลรอบข้าง เช่น งานฝีมือ					
25.	<u>ด้านการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า</u> ท่านได้รับการชื่นชมหรือให้กำลังใจเมื่อกระทำในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม					
26.	ในการทำกิจกรรมต่างๆท่านมักได้รับเลือกให้เป็นผู้นำเสมอ					
27.	ท่านรู้สึกเป็นคนสำคัญในกลุ่มที่ท่านอยู่					
28.	บุคคลรอบข้างให้อภัยท่านเสมอเมื่อท่านทำสิ่งที่ผิดพลาด					
29.	ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างไม่ให้ความเคารพและดูแลท่าน					
30.	ท่านชอบทำอะไรเป็นพิเศษเล็กๆน้อยๆเพื่อแสดงว่าท่านยังมีประโยชน์ต่อผู้อื่น					
31.	บุคคลรอบข้างไม่เคยเป็นกำลังใจให้ท่านทำงานต่างๆจนประสบความสำเร็จเลย					
32.	บุคคลรอบข้างทำให้ท่านรู้สึกว่าท่านมีความสำคัญในการดำเนินชีวิตในสังคม					
33.	<u>ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ</u> เมื่อท่านไม่สบายใจบุคคลรอบข้างมักให้คำปรึกษาเสมอ					
34.	บุคคลรอบข้างช่วยเหลือท่านในด้านการเงิน วัสดุสิ่งของ ในยามที่ท่านต้องการได้					

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

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล	นางชลธิชา บุญศิริ
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 23 เดือน กรกฎาคม พุทธศักราช 2520
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	2/5 ถนนแสงกาญจนา ตำบลชุมแสง อำเภอลำดวน จังหวัดนครสวรรค์
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	หออภิบาลหัวใจ โรงพยาบาลปิยะเวท
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2538	มัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนชุมแสงชนูทิศ
พ.ศ. 2542	พย.บ.(การพยาบาล) จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2550	กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร