

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์

สารนิพนธ์
ของ
จินตนา เหลืองศิริเขียว

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
พฤษภาคม 2550

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์

บทคัดย่อ
ของ
จินตนา เหลืองศิริเขียว

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

พฤษภาคม 2550

จินตนา เหลืองศิริเกียรติ. (2550). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะ

ซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ).

กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์:

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประณต เค้าจิม.

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ 2) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มี เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เขตภูมิลำเนา และระดับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ และ 4) ศึกษาตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอเมืองและเขตชนบท จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 340 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบเพิ่มตัวแปรทีละตัว

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (คิดเป็นร้อยละ 47.9) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (คิดเป็นร้อยละ 69.1)

2. ผู้สูงอายุที่มี เพศ อาชีพ และเขตภูมิลำเนาต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุที่มี อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 65 ปี มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่นทุกกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าไม่มีคู่ (โสด หม้าย/หย่า) ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า และผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มี 4 ด้าน คือ ด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านที่ 4 การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 20.4

THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT AND DEPRESSION OF THE ELDERLY
IN PHETCHABOON PROVINCE

AN ABSTRACT
BY
CHINTANA LUANGSIRITHIAN

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Master of Education Degree in Development Psychology
at Srinakarinwirot University
May 2007

Chintana Luangsirithian. (2007). *The Relationship Between Social Support and Depression of the Elderly in Phetchaboon Province*. Master's Project, M.Ed. (Developmental Psychology). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Project Advisor: Assist. Prof. Pranot Kaochim.

The purposes of this research were 1) to study the degree of depression and social support, 2) to compare the depression of the elderly according sex, age, marital status, education, occupation, area and social support, 3) to study the relation between social support and depression of the elderly in Phetchaboon province, and 4) to identify the factors accounting for the variance of depression in the elderly.

The sample in this study consisted of 340 elderly people in rural and urban areas, 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. The elderly had no depression (47.9%) and had social support at a high level (69.1%).
2. The elderly of different sex, occupation and area rural or urban had no difference in depression. The elderly of different age, marital status, education and social support had a significant difference at the .05 level in depression: the 60 – 65 years old had lowest depression; the married marital status had lower depression than the single; the elderly at a lower level of education had higher depression than those at a higher level; and the elderly at a high social support had lower depression than the elderly at a low social support.
3. Social support was negatively related to depression at the .01 level of significance.

4. Attachment, social integration, reassurance of worth and opportunity for nurturance could mutually and effectively predict depression of the elderly as much as 20.4% at the .001 level of significance.

การศึกษความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์

สารนิพนธ์
ของ
จินตนา เหลืองศิริเขียว

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
พฤษภาคม 2550
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยดีเป็นเพราะผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประณต คำจิณ ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ และที่ปรึกษาสารนิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน ศาสตรภัทร และ รองศาสตราจารย์ ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร กรรมการควบคุมสารนิพนธ์ ท่านทั้งสามได้เสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อให้คำปรึกษาแนะนำในการจัดทำงานวิจัยนี้ทุกขั้นตอน อีกทั้งทำให้ผู้วิจัยได้รับประสบการณ์ในการทำงานวิจัยในชุมชนและรู้ถึงคุณค่าของงานวิจัยที่จะช่วยให้การทำงานในด้านการพัฒนาเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีคุณค่ามากขึ้น และท่านทั้งสามยังเป็นแบบฉบับของอาจารย์ที่ทุ่มเทให้กับศิษย์และงานด้านวิชาการอย่างไม่เหน็ดเหนื่อย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้แก่ผู้วิจัยในการศึกษาตามหลักสูตรจิตวิทยาพัฒนาการ ซึ่งความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้ผู้วิจัยจะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้อื่นต่อไป

ท้ายสุดผู้วิจัยขอขอบพระคุณ พ่อ แม่ พี่ น้อง เพื่อนๆ และผู้เกี่ยวข้องทุกคนที่ให้ทั้งกำลังใจและกำลังใจที่ดีตลอดระยะเวลาที่ศึกษาและทำงานวิจัย

จินตนา เหลืองศิริเกียรติ

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	3
ความสำคัญของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
สมมติฐานในการวิจัย.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
เอกสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์.....	12
ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดเพชรบูรณ์.....	12
สถิติประชากรในจังหวัดเพชรบูรณ์.....	13
เอกสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	14
ความหมายของผู้สูงอายุ.....	14
เกณฑ์การจำแนกผู้สูงอายุ.....	15
การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ.....	18
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ.....	26
ปัญหาของผู้สูงอายุ.....	30
เอกสารเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	32
ความหมายของภาวะซึมเศร้า.....	32
ทฤษฎีของภาวะซึมเศร้า.....	33
สาเหตุของภาวะซึมเศร้า.....	34
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า.....	38
อาการของภาวะซึมเศร้า.....	38
ระดับของภาวะซึมเศร้า.....	40
การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า.....	41
การประเมินภาวะซึมเศร้า.....	43

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	47
เอกสารเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม.....	53
ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม.....	53
ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม.....	54
องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม.....	57
ระดับของการสนับสนุนทางสังคม.....	58
กลไกของการสนับสนุนทางสังคม.....	58
ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม.....	59
การสนับสนุนทางสังคมในวัฒนธรรมต่างๆ.....	60
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ.....	61
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	61
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	66
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	66
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	70
การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	73

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	90
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	90
สมมติฐานในการวิจัย.....	90
วิธีดำเนินการวิจัย.....	91
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	91
การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	91
สรุปผลการศึกษา.....	92
อภิปรายผล.....	95
ข้อเสนอแนะ.....	102
บรรณานุกรม.....	103
ภาคผนวก.....	112
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	121

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงประชากรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์	13
2 แสดงประชากรแยกเป็นรายอำเภอ จังหวัดเพชรบูรณ์	14
3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอารมณ์ผิดปกติ	34
4 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	39
5 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และเขตภูมิลำเนา.....	73
6 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตาม ระดับภาวะซึมเศร้า.....	75
7 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์กลุ่มรวม.....	76
8 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามตัวแปร ที่ศึกษา.....	76
9 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตาม ระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้าน.....	78
10 ระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านของผู้สูงอายุในจังหวัด เพชรบูรณ์.....	80
11 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามตัวแปรเพศ.....	80
12 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ ตามตัวแปรอายุ.....	81
13 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามตัวแปรอายุ.....	81
14 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันเป็นรายคู่.....	82
15 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามตัวแปรสถานภาพสมรส.....	82

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
16	แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ ตามตัวแปรระดับการศึกษา.....	83
17	แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา.....	83
18	แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันเป็นรายคู่.....	84
19	แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ ตามตัวแปรอาชีพ.....	84
20	แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามตัวแปรอาชีพ.....	85
21	แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามตัวแปรเขตภูมิอำเภอ.....	85
22	แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม.....	86
23	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์.....	87
24	แสดงตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านที่ทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์.....	88

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
---	---------------------------	---

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ในสภาพการณ์ปัจจุบัน ปัญหาของจำนวนผู้สูงอายุกำลังเป็นที่น่าสนใจอย่างกว้างขวางของนักวิชาการ ผู้บริหารทั้งในระดับประเทศและระดับชาติ เนื่องจากปรากฏอย่างแน่ชัดแล้วว่า จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากผลการศึกษาปัญหาประชากรของโลกพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปี ขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกประเทศทั่วโลกซึ่งมีถึง 600 ล้านคน แต่พลเมืองของโลกที่เป็นหนุ่มสาวมีจำนวนลดลงโดยลำดับ ซึ่งจะเกิดปัญหาทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างมาก อันเป็นผลกระทบต่อการพัฒนาทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประมาณว่าในปี พ.ศ.2550 จะมีจำนวนผู้สูงอายุถึง 1,000 ล้านคน หรือประมาณ 12 – 15 เปอร์เซ็นต์ ของประชากรในประเทศต่างๆ และจากการสำรวจสถิติผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ของประเทศไทย พ.ศ.2538 มีจำนวนผู้สูงอายุ 4.8 ล้านคน คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 11 ล้านคนในปี พ.ศ.2563 (อัสรา อวอร์ด. 2540: 1-2) และถึงแม้ปัญหาผู้สูงอายุในสังคมไทยปัจจุบัน จะยังไม่รุนแรงดังเช่นที่ปรากฏในประเทศซีกโลกตะวันตก หรือประเทศแถบเอเชียที่มีการพัฒนาในระดับสูงอื่นๆ แต่เมื่อพิจารณาในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ และสังคมอย่างรวดเร็ว ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องใช้ชีวิตช่วงปลายท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรมที่เกิดขึ้น (สิริหทัย มวลวนิชย์. 2541: 1-2)

แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน และคาดการณ์ไว้ในอนาคตของประเทศไทย แม้ว่าขณะนี้ยังไม่เป็นปัญหาผู้สูงอายุที่รบกวนเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มอื่นๆก็ตาม แต่การที่นโยบายพัฒนาประเทศที่มุ่งพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรมย่อมก่อให้เกิดความต้องการแรงงานเพิ่มขึ้นในภาคอุตสาหกรรม มีการย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่เมืองหลวงของคนวัยหนุ่มสาวมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มักถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านตามลำพัง ได้รับความยากลำบาก (อัสรา อวอร์ด. 2540: 3-4) นอกจากนี้การมีสุขภาพไม่แข็งแรงพอที่จะปฏิบัติภารกิจใดๆในชีวิตประจำวันได้ก็จะขาดการติดต่อไปมาหาสู่กับผู้อื่น เมื่อบุตรหลานเติบโตมีครอบครัวก็จะแยกย้ายกันไป ทำให้เกิดความรู้สึกเหงา ว้าเหว่ ไม่สบายตามร่างกาย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ (รวิวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล. 2547: 1) จากปัญหาต่างๆเหล่านี้จึงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ และโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทนั้น ก็น่าจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมือง จากการศึกษาของอัมพร โอตระกูล; และคนอื่นๆ (2536: 169) ซึ่งได้ศึกษาความทุกข์ของความ

ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เขตเมือง (ดินแดง) และเขตชนบท (อำเภอ บรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์) พบว่า ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองมีร้อยละ 38 และในเขตชนบทพบความซึมเศร้าร้อยละ 67.4 ซึ่งจากการที่ผู้สูงอายุในเขตชนบทซึมเศร้านอกจากนี้ในเขตเมืองนั้น เข้าใจว่าเนื่องจากเขตเมืองมีกิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในชุมชน และสังคมสิ่งแวดล้อมในเขตเมืองมีแรงสนับสนุนทาง สังคมมากกว่าที่เขตชนบท และจากภาวะเศรษฐกิจที่บีบคั้นมากขึ้น ทำให้คนในชนบทต้องอพยพเข้ามา ทำงานในเมืองหลวงกันมาก ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน เมื่อมีวันหยุดยาวคนเหล่านี้จึงจะได้กลับบ้านสักครั้งหนึ่ง ผู้สูงอายุจึงกลายเป็นเพียงคนเฝ้าบ้าน ทำให้ ท่านมีชีวิตอยู่อย่างไร้คุณค่า

อารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะผู้ที่มีโรคทางกายร่วมด้วย แต่มักจะถูกมองข้ามและเข้าใจผิดว่าเป็นจากความชรา จากงานวิจัยที่ผ่านมาของต่างประเทศ พบว่า อัตราความชุกของโรคอารมณ์ซึมเศร้าโดยเฉลี่ยร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน และร้อยละ 30 ในผู้ป่วยสูงอายุที่มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน และพบมากขึ้นในสถานสงเคราะห์คนชราถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมจะพบผู้ป่วยสูงอายุที่มีอารมณ์ ซึมเศร้าถึงร้อยละ 20 องค์การอนามัยโลกทำนายว่าอีก 20 ปี ข้างหน้า (ปี ค.ศ.2020) อารมณ์ซึมเศร้า จะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่ง (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. 2543: 23)

จากรายงานการศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้ากับการฆ่าตัวตาย พบว่า ประชากรที่ฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 70 มีโรคซึมเศร้า (สรายุทธ ลิกนันนท์. 2527: 40 อ้างอิงจาก สมหมาย จันถี. 2538: 3) และพบว่าเพศหญิงมีอัตราความซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย เพราะเพศชายมัก ถูกคาดหวังจากสังคมที่จะต้องเข้มแข็ง เพศชายที่แสดงความซึมเศร้าออกมา จึงถูกมองว่าเป็นคน อ่อนแอและล้มเหลว ดังนั้นเพศชายส่วนใหญ่จึงมีแนวโน้มที่จะเก็บกดความซึมเศร้าไว้มาก และ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความซึมเศร้าไปแสดงออกในทางอื่น เช่น ดื่มเหล้า (สมหมาย จันถี. 2538 : 5)

ในภาวะซึมเศร้านั้น ปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง คือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจากงานวิจัยในต่างประเทศโดยการศึกษาของ อ็อกซ์แมน; และคนอื่นๆ (Oxman, T. E.; et al. 1992: online) ซึ่งได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทาง สังคมและเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางอารมณ์ที่เพียงพอ เช่น การมีเด็ก ๆ มาเยี่ยมทุกสัปดาห์ มีคนใกล้ชิดสนิทสนม มีผลต่อการหายของภาวะซึมเศร้าและเป็นปัจจัยที่สำคัญมาก ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ ประภาส จิตตาศิรินุวัตร (2544: 99) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบล สวนแดง อำเภอละมั่ง จังหวัดชุมพร เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วม และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วม กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้หญิงเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุมากกว่าผู้ชาย ค่าคะแนนความ เศร้าเฉลี่ยในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุจะมีค่าน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม จากผล

การศึกษาดังกล่าวแสดงว่า การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุอาจจะสามารถช่วยลดปัญหาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุก็เป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง จากงานวิจัยดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจถึงการใช้การสนับสนุนทางสังคมในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อนำผลของการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เขตภูมิลำเนา และระดับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์
4. เพื่อศึกษาตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน

ความสำคัญของการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงระดับภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ ตลอดจนปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบในการวางแผนช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ได้รับการเอาใจใส่ และบริการในด้านต่างๆจากสังคมได้อย่างดียิ่งขึ้น
2. ทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์
3. ทำให้ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ ตลอดจนผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุได้รับรู้ถึงปัญหา และการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่จะต้องเผชิญ เพื่อจะได้สามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทใหม่ได้อย่างเหมาะสมและมีสุขภาพจิตดี

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเพชรบูรณ์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง และเขตชนบท จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 340 คน ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

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 75 ปีขึ้นไป
3. สถานภาพสมรส แบ่งเป็น
 - 3.1 คู่
 - 3.2 ไม่มีคู่ (โสด หม้าย/หย่า)
4. ระดับการศึกษา แบ่งเป็น
 - 4.1 ไม่ได้เรียน
 - 4.2 ประถมศึกษา
 - 4.3 มัธยมศึกษา
5. อาชีพ แบ่งเป็น
 - 5.1 เกษตรกรรม
 - 5.2 รับจ้าง
 - 5.3 ค้าขาย
 - 5.4 รับราชการ
 - 5.5 ว่างงาน
6. เขตภูมิลำเนา แบ่งเป็น
 - 6.1 เขตอำเภอเมือง

6.2 เขตชนบท

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า

กรณีที่ 2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน

ตัวแปรอิสระ คือ การสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น

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

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า

กรณีที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

ตัวแปรที่ศึกษา คือ การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

กรณีที่ 4 ศึกษาตัวทำนายภาวะซึมเศร้า

ตัวแปรทำนาย คือ การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน

ตัวแปรเกณฑ์ คือ ภาวะซึมเศร้า

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จากเขตอำเภอเมือง และเขตชนบท จังหวัดเพชรบูรณ์
2. **อายุ** 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 โดยแบ่งเป็น
 - 3.1 คู่
 - 3.2 ไม่มีคู่ (โสด หม้าย/หย่า)
4. **ระดับการศึกษา** หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดที่ผู้สูงอายุสำเร็จการศึกษา แบ่งเป็น
 - 4.1 ไม่ได้เรียน
 - 4.2 ประถมศึกษา
 - 4.3 มัธยมศึกษา

5. อาชีพ หมายถึง อาชีพที่ทำครั้งสุดท้ายของผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น

5.1 เกษตรกรรม

5.2 รับจ้าง

5.3 ค้าขาย

5.4 รับราชการ

5.5 ว่างงาน

6. เขตภูมิสำเนา หมายถึง เขตที่อยู่อาศัยปัจจุบันของผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น

6.1 เขตอำเภอเมือง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีบ้านเรือนและครอบครัวตั้งอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งมีสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัวและการประกอบอาชีพค้าขายสินค้า ห้างร้านเอกชน และข้าราชการเป็นส่วนใหญ่ ตลอดจนมีสิ่งอำนวยความสะดวกทางด้านสาธารณูปโภคและอุปโภคที่เพียงพอ

6.2 เขตชนบท หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีบ้านเรือนและครอบครัวตั้งอาศัยอยู่ในเขตชนบท จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งมีสภาพทางภูมิประเทศเป็นพื้นที่ทิวคันดาร์ ครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยการประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีฐานะยากจน ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกทางด้านสาธารณูปโภคและอุปโภค และมีที่ตั้งอยู่ห่างจากเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์เป็นระยะทาง 50 กิโลเมตร

นิยามปฏิบัติการ

1. **ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านการคิดรู้ และด้านพฤติกรรมที่แสดงออก

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

1.2 ด้านการคิดรู้ ได้แก่ รู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ๆ กังวลกับชีวิตที่ผ่านมา ความจำไม่ดี คิดว่าคนอื่นดีกว่าตน ตัดสินใจช้า มองโลกในแง่ร้าย

1.3 ด้านพฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ กระวนกระวาย กระสับกระส่าย เฉื่อยชา ไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น แยกตัวจากสังคม

ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) จำนวน 30 ข้อ โดยผู้ที่ได้คะแนน 0 – 12 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)

คะแนน 13 -18 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

คะแนน 19 – 24 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าปานกลาง

คะแนน 25 – 30 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้ารุนแรง

2. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการปฏิบัติจากสมาชิกในครอบครัว และนอกครอบครัว รวมถึงการมีโอกาสนับถือประโยชน์ต่อผู้อื่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นมั่นคง มีคุณค่า เกิดกำลังใจในการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็น 5 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน หมายถึง การได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ ได้รับการรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าตนเป็นที่รัก

2.2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสดำเนินกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นความรู้สึก ข้อมูล ข่าวสาร ความห่วงใย ความเอื้ออาทรต่อกัน

2.3 การมีโอกาสนับถือประโยชน์ต่อผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าคุณค่าตนเป็นที่ต้องการ และเป็นที่ยกย่องของผู้อื่นได้ มีการแลกเปลี่ยน ประโยชน์ซึ่งกันและกัน

2.4 การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพ นับถือ เห็นคุณค่า ยกย่องและชื่นชมความสามารถตามบทบาททางสังคม รวมถึงการให้อภัย ให้โอกาสในการปรับปรุงตนเอง

2.5 การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ การเงิน วัตถุ และสิ่งของ

การสนับสนุนทางสังคมประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแนวคิดของแบรนด์ท์และไวเนอร์ท (Brandt and Weinert) แบบวัดนี้มีจำนวน 35 ข้อ ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ซึ่งมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 35 – 175 คะแนน และคะแนนรายด้านอยู่ระหว่าง 6 – 40 คะแนน

โดยผู้ที่ได้คะแนนรวม 35 – 62 คะแนน และคะแนนรายด้าน 6 – 12 คะแนน แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมาก

ผู้ที่ได้คะแนนรวม 63 – 90 คะแนน และคะแนนรายด้าน 13 – 19 คะแนน แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ผู้ที่ได้คะแนนรวม 91 – 118 คะแนน และคะแนนรายด้าน 20 – 26 คะแนน แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

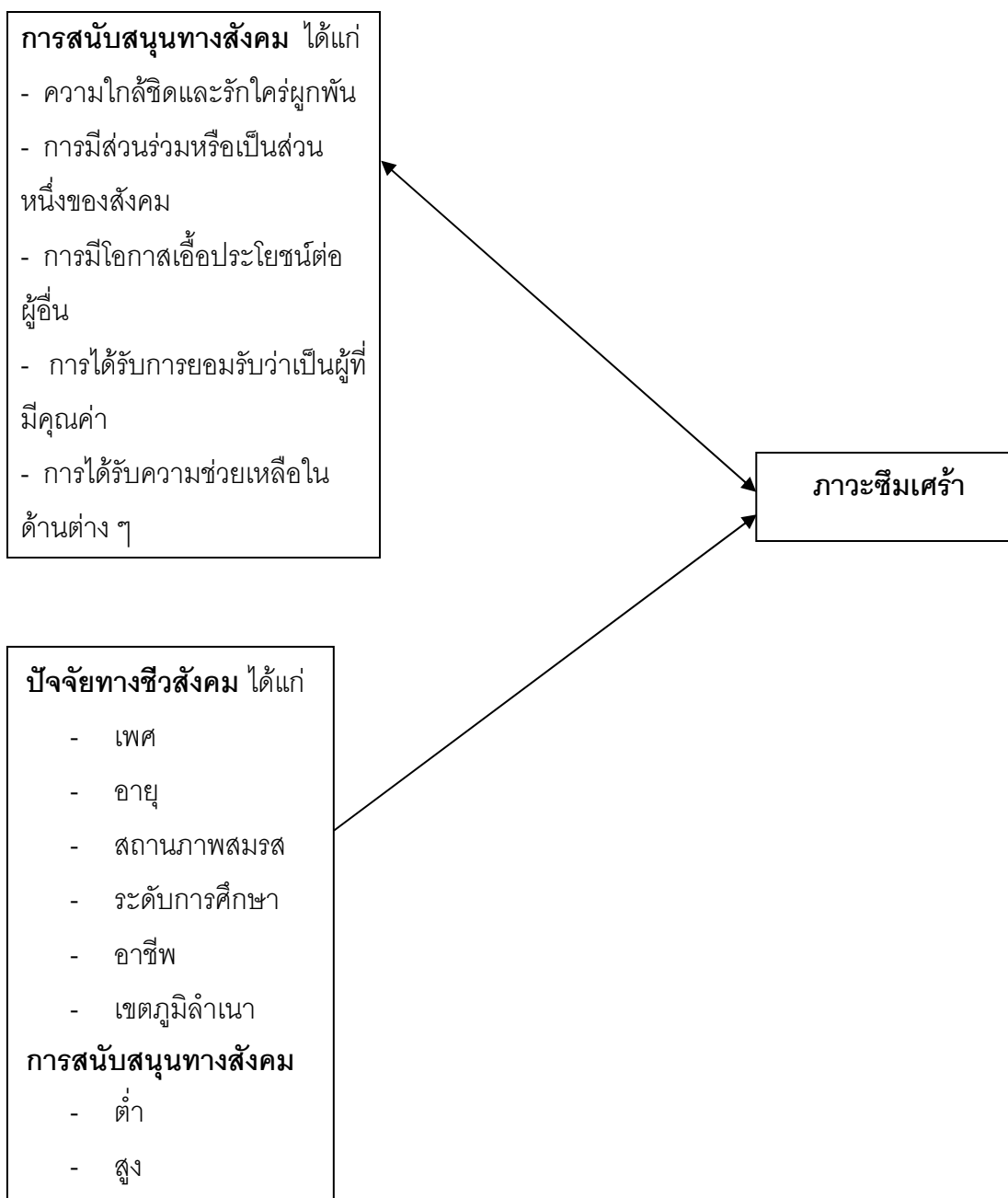
ผู้ที่ได้คะแนนรวม 119 – 146 คะแนน และคะแนนรายด้าน 27 – 33 คะแนน แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

ผู้ที่ได้คะแนนรวม 147 – 175 คะแนน และคะแนนรายด้าน 34 – 40 คะแนน แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมาก

ในส่วนของการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าตามตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัย ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 ระดับ คือ

1. ต่ำ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนจากแบบวัดต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม
2. สูง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนจากแบบวัดสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าไม่มีคู่
4. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

5. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท
7. ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

8. การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันทางลบ

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

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีอยู่หลายด้าน โดยนำเสนอตามลำดับหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. เอกสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์
 - 1.1 ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดเพชรบูรณ์
 - 1.2 สถิติประชากรในจังหวัดเพชรบูรณ์
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. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า
 - 5.2 การทำนายภาวะซึมเศร้าจากตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม

1. เอกสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์

1.1 ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดเพชรบูรณ์ (การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. 2548: ออนไลน์)

จังหวัดเพชรบูรณ์ตั้งอยู่ในเขตภาคเหนือตอนล่าง แวดล้อมไปด้วยพื้นที่ป่าเขาเขียวขจี ภูมิประเทศมีทัศนียภาพสวยงามไม่ว่าจะเป็นเขาค้อหรืออุทยานแห่งชาติน้ำหนาว ทั้งยังมีแหล่งท่องเที่ยวทางประวัติศาสตร์ที่น่าสนใจ คือ อุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพซึ่งได้รับรางวัล Thailand Tourism Award ประจำปี 2543 ประเภทแหล่งท่องเที่ยวทางวัฒนธรรมโบราณสถานยอดเยี่ยม รวมไปถึงอาหารขึ้นชื่ออย่างไก่ย่างวิเชียรบุรี ขนมจีนหล่มเก่า และผลไม้ยอดนิยมของจังหวัด คือ มะขามหวาน เมืองเพชรและลูกเสาวรส

เมืองเพชรบูรณ์นี้ สันนิษฐานว่าสร้างมา 2 ยุค ยุคแรกสมัยสุโขทัยหรือพิษณุโลกเป็นเมืองหลวง สังเกตตามแนวกำแพงเมืองซึ่งเอนล้ำน้ำไว้กลางเมือง และยุคสองสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช มีป้อมและกำแพงก่อด้วยอิฐปนศิลา สันฐานคล้ายเมืองนครราชสีมาแต่เล็กและเตี้ยกว่า เอนล้ำน้ำไว้กลางเมืองเหมือนกัน เมืองเพชรบูรณ์ที่สร้างขึ้นทั้งสองยุคนี้สำหรับป้องกันข้าศึกซึ่งจะยกทัพมาจากฝ่ายเหนือ เพชรบูรณ์เดิมมีชื่อว่า “เพชรบูรณ์” หรือ “พิชบูรณ์” อันหมายถึง เมืองแห่งพืชพันธุ์ธัญญาหาร ตัวเมืองตั้งอยู่ห่างจากกรุงเทพฯ ประมาณ 346 กิโลเมตร อยู่สูงจากระดับน้ำทะเลโดยเฉลี่ย 114 เมตร ลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ลุ่มแบบท้องกระทะ พื้นที่ของจังหวัดมีลักษณะลาดชันจากทิศเหนือไปได้ ตอนเหนือเป็นทิวเขาสูง ตอนกลางเป็นที่ราบขนานด้วยเทือกเขาเพชรบูรณ์ทางทิศตะวันออกและทิศตะวันตก มีแม่น้ำสำคัญไหลผ่านคือ แม่น้ำป่าสัก

การปกครอง

จังหวัดเพชรบูรณ์มีเนื้อที่ประมาณ 12,668 ตารางกิโลเมตร แบ่งการปกครองออกเป็น 11 อำเภอ คือ อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ อำเภอหล่มสัก อำเภอหล่มเก่า อำเภอชนแดน อำเภอหนองไผ่ อำเภอน้ำหนาว อำเภอเขาค้อ อำเภอบึงสามพัน อำเภอวิเชียรบุรี อำเภอศรีเทพ และอำเภอวังโป่ง

อาณาเขต

ทิศเหนือ ติดต่อกับจังหวัดเลย

ทิศใต้ ติดต่อกับจังหวัดลพบุรี

ทิศตะวันออก ติดต่อกับจังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดขอนแก่น

ทิศตะวันตก ติดต่อกับจังหวัดพิษณุโลก จังหวัดพิจิตร และจังหวัดนครสวรรค์

คำขวัญประจำจังหวัด

เมืองมะขามหวาน อุทยานน้ำหนาว ศรีเทพเมืองเก่า เขาค้ออนุสรณ์ นครพ่อขุนผาเมือง

1.2 สถิติประชากรในจังหวัดเพชรบูรณ์

ตาราง 1 แสดงประชากรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

ช่วงอายุประชากร	จำนวนเพศชาย (คน)	จำนวนเพศหญิง (คน)	จำนวนรวม (คน)
น้อยกว่า 1 ปีเต็ม	329	302	631
1 ปีเต็ม – 2 ปี	918	961	1,879
3 ปีเต็ม – 5 ปี	2,128	2,051	4,179
6 ปีเต็ม – 11 ปี	5,717	5,427	11,144
12 ปีเต็ม – 14 ปี	3,271	3,041	6,312
15 ปีเต็ม – 17 ปี	2,804	2,807	5,611
18 ปีเต็ม – 49 ปี	32,834	34,238	67,072
50 ปีเต็ม – 60 ปีเต็ม	7,223	7,558	14,781
มากกว่า 60 ปีเต็มขึ้นไป	6,607	7,691	14,298
รวมทั้งหมด	61,831	64,076	125,907

ตาราง 2 แสดงประชากรแยกเป็นรายอำเภอ จังหวัดเพชรบูรณ์

อำเภอ	จำนวนประชากร (คน)		
	ชาย	หญิง	รวม
หล่มสัก	72,755	73,756	146,511
หล่มเก่า	28,970	29,309	58,279
ชนแดน	35,846	35,820	71,666
หนองไผ่	50,310	49,904	100,214
บึงสามพัน	31,984	32,614	64,598
วิเชียรบุรี	51,579	52,041	103,620
ศรีเทพ	30,586	30,812	61,398
วังโป่ง	15,237	15,169	30,406
เขาค้อ	16,359	16,104	32,463
น้ำหนาว	8,602	7,930	16,532

จากการศึกษาข้อมูลประชากรในจังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้วิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรม เนื่องจากสภาพภูมิประเทศเป็นที่แบบท้องกระทะ มีภูเขาโอบล้อม และมีแม่น้ำไหลผ่าน จึงเหมาะแก่การทำเกษตรกรรม ด้านการอยู่อาศัยผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่ในบ้านกับคู่สมรส หรือหลานที่บุตรของตนนำมาฝากเลี้ยง เนื่องจากผู้ที่อยู่ในวัยทำงานต้องอพยพไปหางานทำในเมืองหลวง ทำให้ผู้สูงอายุขาดคนที่จะมาคอยดูแล ช่วยเหลือเวลาที่เกิดปัญหาได้ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์

2. เอกสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ไสว พรหมณี (วาทีนี้ 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 จึงได้ใช้อายุนี้นี้เป็นเกณฑ์ เกษียณอายุการทำงาน แต่ในประเทศที่มีความเจริญทางการแพทย์พบว่า ผู้ที่มีอายุ 60 ปี แล้วยังแข็งแรงและยังสามารถทำงานได้ดี จึงมีความพยายามที่จะเพิ่มอายุของการเข้าสู่วัยสูงอายุให้สูงขึ้น คือ เป็น 65 ปี หรือแม้แต่มีแนวโน้มจะเป็น 70 ปี สำหรับประเทศไทย ชูศักดิ์ เวชแพศย์; และคนอื่นๆ (2531: 2 – 3) ได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุว่าหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และถือเป็นเกณฑ์ปลดเกษียณอายุราชการของประเทศไทยด้วย

ศรีธรรม ธนะภูมิ (2535: 105) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะเริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ภาวะชรามีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับการดูแลร่างกาย พันธุกรรม และการพัฒนาในอดีต วัยชราเป็นระยะสุดท้ายของชีวิต อาจมีช่วงเวลายาวนานถึง 10 – 20 ปี หรือมากกว่านั้นแตกต่างกัน ถ้ามีการเตรียมตัวเตรียมใจก่อนเข้าสู่วัยนี้ล่วงหน้ามาตั้งแต่วัยกลางคน จะสามารถปรับตัวรับบทบาทของวัยชราได้ตามสมควรแก่ฐานะ วัยชราเป็นวัยของการพักผ่อนอย่างสงบ มีการพัฒนาจิตใจ สามารถปรับตัวต่อสภาพต่างๆในชีวิตได้อย่างภาคภูมิใจ

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

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

2.2 เกณฑ์การจำแนกผู้สูงอายุ

การจำแนกผู้สูงอายุมีเกณฑ์ในการวัดมากมาย ซึ่งหลักการวัดความสูงอายุ บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2542: 110) กล่าวว่า ความสูงอายุ (Aging) หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ดังนั้นความสูงอายุหรือความชราภาพจึงเกี่ยวข้องกับความเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และความประพฤติกี่เกิดขึ้นตามอายุ เช่น เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ความสามารถทางร่างกายจะลดลง ความสามารถในการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมต่างๆจะลดลง ดังนั้นความสูงอายุจึงมี 2 ลักษณะ กล่าวคือ

1. ความสูงอายุแบบปฐมภูมิ (Primary Aging) เป็นความสูงอายุที่จะต้องเกิดขึ้นกับทุกคนเป็นไปตามธรรมชาติ เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ กล่าวคือเมื่ออวัยวะต่างๆ เซลล์ต่างๆในร่างกายมนุษย์ถูกใช้งานมานานก็ย่อมเกิดความเสื่อมโทรม เสื่อมสภาพไปตามอายุขัยของการใช้งาน ซึ่งการเสื่อมโทรมลงของเซลล์ต่างๆในร่างกายนี้จะส่งผลให้เห็นเด่นชัดขึ้นทีละน้อย เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น ผมเริ่มเปลี่ยนเป็นสีขาว พละกำลังเริ่มถดถอยลงเหล่านี้เป็นต้น

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

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 สายตายาว 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. ช่วงไม่ค่อยแก่ (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 สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง (2536: 18) ได้ให้เหตุผลไว้ว่าในระยะแรกของการศึกษาเรื่องผู้สูงอายุนั้นการแบ่งกลุ่มแบบนี้ เป็นการแบ่งกลุ่มอายุแบบนักประชากรศาสตร์ที่มักแบ่งกลุ่มอายุ 10 ปี ต่อมาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้น นักวิจัยจึงได้พบคุณลักษณะที่แสดงถึงความแตกต่างของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มค่อนข้างชัดเจนโดยเฉพาะด้านภาวะสุขภาพกาย จิต ซึ่งเกิดภาวะเสื่อมถอยมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ข้อค้นพบเหล่านี้ช่วยยืนยันให้นักวิจัยเกิดความมั่นใจในการแบ่งกลุ่มอายุว่าแบ่งได้เหมาะสมในแต่ละกลุ่มอายุ 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 ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงกว่าเดิมมาก 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; จันทรพิบูล 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 ผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมของสายตามีทั้งสายตาวายและสายตามัวจากต้อเนื้อหรือต้อกระจก การรับรู้ภาพเกี่ยวกับสีและความลึกลดลง ทำให้เห็นภาพต่างๆ ไม่ชัดเจน 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 การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาที่ใช้กำลังมากๆ ช่วงระยะเวลานั้นๆ เช่น ยกน้ำหนัก กระโดดไกล มวยปล้ำ ยูโด จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อและเอ็นฉีกขาดได้ง่าย ส่วนข้อต่อและกระดูกจะมีการเสื่อมสภาพและบางลง จึงมีโอกาสเกิดข้ออักเสบหรือกระดูกสันหลังหักยุบได้ นอกจากนั้นการรับรู้สีกทรงตัวเสื่อมจึงทำ

ให้ผู้สูงอายุอาจเสียการทรงตัวและเกิดหกล้มเป็นอันตรายได้มาก

2.3.1.2 การเปลี่ยนแปลงความสามารถทางสมอง

ในวัยนี้ผู้นำนักสมองจะลดลงเนื่องจากขนาดเซลล์ประสาทลดลง ทำให้ความจำเสื่อม จำเรื่องราวหรือเหตุการณ์ในอดีตได้แม่นกว่าเรื่องราวหรือเหตุการณ์ในปัจจุบัน มีอาการหลงลืมง่ายแต่บุคคลที่มีสุขภาพสมบูรณ์ ประสิทธิภาพของสมองจะเหมือนบุคคลวัยอ่อนกว่า สามารถทำงานได้ตามปกติ ปัจจุบันมีผู้นิยมใช้ฮอร์โมนเพศเพื่อช่วยรักษาความจำให้ดีขึ้น

สาเหตุของความเสื่อมทางสมองอีกปัจจัยหนึ่งที่พบบ่อยในวัยสูงอายุที่เป็นผลมาจากเจตคติของผู้สูงอายุเอง พบว่าส่วนมากผู้สูงอายุจะมีความเชื่อว่าอายุมากเกินที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และกลัวการถูกวิพากษ์วิจารณ์ถ้าหากจะลองพยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเฉื่อยชา ยิ่งทำให้ความจำลดน้อยลง

2.3.1.3 การเปลี่ยนแปลงร่างกายด้านอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่

2.3.1.3.1 การเปลี่ยนแปลงการทำงานภายในร่างกาย ผู้สูงอายุจะปรับสภาพหรืออดทนต่อการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอุณหภูมิได้ช้าและได้น้อยทั้งอากาศร้อนและหนาว การรับรู้สัมผัสบริเวณผิวหนังและปลายนิ้วลดลง 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 จะค่อยๆ หลุดร่อนหายไป บางที่ถึงกับสูญเสียฟันทั้งปากทำให้รูปร่างปากเปลี่ยนไป เสียงพูดผิดเพี้ยนไป การรับประทานอาหารก็ทำให้ผู้สูงอายุต้องเลือกรับประทานอาหารแต่พวกคาร์โบไฮเดรตหรือแป้ง หรือเป็นอาหารอ่อนกากน้อยเพื่อสะดวกในการเคี้ยว 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 เนื่องจากหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมและ

บางลง 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 เนื่องจากการสูญเสียเซลล์และมีเลือดไปเลี้ยงไตได้น้อยลง ทำให้การขับถ่ายของเสียออกทางไตเป็นไปได้ไม่ดีเต็มที่ จึงมักพบมีการคั่งของสารยูเรียในโตรเจนในเลือด

2.3.1.3.9 ระบบการไหลเวียนโลหิต การยืดหยุ่นของหลอดเลือดจะน้อยลง หากได้รับอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลมากจะทำให้เป็นโรคอ้วน และมีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์และโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแข็งตัว และโรคหัวใจขาดเลือดได้ง่าย

2.3.1.3.10 การเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ มีการเสื่อมพลังงานทางเพศ ความรู้สึกทางเพศสัมพันธ์ในผู้ชายจะยังคงมีและมีมากกว่าในผู้หญิง และยังสามารถมีบุตรได้กับหญิงในวัยเจริญพันธุ์

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

2.3.2 ด้านสังคม

วัยสูงอายุเป็นช่วงวัยแห่งการปลดเกษียณ ทำให้ต้องแยกจากสังคม ขาดการติดต่อกับเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง บทบาทหน้าที่ต่างๆเปลี่ยนแปลงไปจาก บทบาทการเป็นผู้บริหาร การเป็นที่ปรึกษาของคนวัยกลางคน การเป็นหัวหน้าครอบครัว มาเป็นผู้ใหญ่ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเสียเป็นส่วนใหญ่ มีบ้างที่ให้ผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับการประคับประคองและพัฒนากิจการในวัยก่อนๆของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง บุคคลได้สร้างฐานะดี ทำงานมาก มีเงินมาก มีการเตรียมความพร้อมรับกับภาวะหลังปลดเกษียณดีก็จะทำให้บุคคลนั้นคงความเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข มีความเป็นอยู่ที่พึงพอใจ มีเศรษฐกิจพอเพียง เป็นที่รักใคร่ของลูกหลาน แม้ว่าต้องลดบทบาทจากการเป็นผู้นำครอบครัวมาเป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนรอบครัว ให้บุตรมาเป็นผู้นำครอบครัวแทนด้วยความ พึงพอใจ แต่ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลใดในช่วงวัยก่อนสูงอายุประสบกับความล้มเหลวของชีวิต ไม่สามารถสร้างครอบครัวได้สำเร็จ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะประสบแต่ความทุกข์ ฐานะเศรษฐกิจไม่ดี ไม่มีเงินบำนาญจุนเจือ จึงไม่กล้าติดต่อกับใคร แยกตัวอยู่ตามลำพัง

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจึงขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล และโอกาสที่จะเอื้ออำนวย เช่น ภาวะสุขภาพ สภาพเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในครอบครัว สภาพการครองเรือน เป็นต้น ผู้สูงอายุจึงควรมองหากิจกรรมที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง เช่น การปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ฯลฯ ช่วยให้เกิดความเพลิดเพลินในกิจกรรม เอื้อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบกลุ่มกิจกรรมทางสังคมที่มีความสนใจในแบบเดียวกัน

สรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมในผู้สูงอายุ มักเป็นการถูกแยกจากสังคม มีการติดต่อกับบุคคลอื่นลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทั้งในครอบครัวและหน้าที่การงาน

2.3.3 ด้านสติปัญญา

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความสามารถด้านสติปัญญาจะพัฒนาไปในทางเสื่อมลง เนื่องจากอวัยวะรับสัมผัสต่างๆมีการเสื่อมลง เช่น ตา มัว หู ตึง การรับรสชาต เป็นเหตุให้การรับรู้ช้าลง หรือบกพร่อง ประกอบกับมีความเสื่อมของสมองทำให้ความจำลดลง ผู้สูงอายุจะสามารถจำความหลังเก่าๆ ซึ่งเป็นความจำช่วงยาวได้ดีกว่าความจำในเหตุการณ์ที่เพิ่งผ่านพ้นไป ซึ่งเป็นความจำช่วงสั้น การเรียนรู้เรื่องใหม่ๆจะช้าลง ความว่องไวในการคิดจะลดลง บุคคลที่ทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลาหลายปีและต่อเนื่องสม่ำเสมอ เมื่อถึงวัยนี้การทำงานของสมองจะปกติ มีเชาวน์ปัญญาที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานเป็นประจำ

สรุปการเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญาในผู้สูงอายุมักเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ทำให้การเรียนรู้และการรับรู้ลดลง

2.3.4 ด้านความสนใจ

ความสนใจของบุคคลในวัยสูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะต่างๆ ดังนี้

2.3.4.1 ความสนใจในตนเอง ช่วงนี้จะเป็นช่วงที่ส่วนใหญ่มักไม่ได้ประกอบอาชีพ มีชีวิตอยู่ภายใต้ความคิดของตนเองเกี่ยวกับอดีตและปัจจุบัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่แยกตัวอยู่ตามลำพัง มักจะมีความรู้สึกท้อแท้ท้อถอย ดังนั้นจึงคิดถึงตัวเองมากที่สุด มีความยึดมั่นในตนเอง ไม่ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น วัยนี้จึงวิตกกังวลเรื่องสุขภาพและความตาย

2.3.4.2 ความสนใจด้านศาสนา คนในวัยสูงอายุจะสนใจในการปฏิบัติธรรม ทั้งนี้เพราะศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ทำให้บุคคลได้ศึกษาหลักธรรมและความเป็นจริงของชีวิต ทำให้ไม่เกิดความกังวลกับความตายมากเกินไป

2.3.4.3 ความสนใจด้านเศรษฐกิจ รายได้ของวัยนี้มักจะเป็นผลจากการเก็บออมมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ บางคนต้องพึ่งพาอาศัยบุตรหลานอาจเกิดความคับข้องใจได้

สรุป การเปลี่ยนแปลงในด้านความสนใจของผู้สูงอายุจะแตกต่างกันไปในหลายๆ ลักษณะ เช่น สนใจในตนเอง สนใจด้านศาสนา หรือด้านเศรษฐกิจ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตของ

ผู้สูงอายุที่ผ่านมา

2.3.5 ด้านจิตใจและอารมณ์

ในวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายอย่าง ซึ่งเป็นไปในด้านลบ อันประกอบด้วย

2.3.5.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทั้งนี้เพราะมีเพื่อนฝูงตายจากหรือบุคคลที่เป็นญาติสนิทหรือคู่ชีวิตที่ตายจาก ทำให้ผู้สูงวัยเกิดความรู้สึกถูกแยกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ก่อให้เกิดความเศร้าได้ง่าย

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

2.3.5.3 ความสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากในวัยผู้สูงอายุนี้ บุตรธิดาก็มักจะมีครอบครัวกันแล้ว และแยกย้ายกันไปอยู่ต่างหาก โดยเฉพาะในลักษณะของสังคมยุคปัจจุบัน ที่ครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวมากกว่าลักษณะครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับลูกหลานของตนลดถอย โดยต่างคนต่างอยู่หรือมีการติดต่อสัมพันธ์กันหรือมีกิจกรรมร่วมกันลดลงกว่าแต่ก่อน ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ยิ่งขาดกำลังวังชาในการดูแลกิจกรรมในบ้านในครอบครัวของตนเองด้วยแล้ว ก็ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเจ็บเหงาเปล่าเปลี่ยว เกิดความซึมเศร้า เบื่อหน่ายเกิดขึ้นได้ง่าย

2.3.5.4 ความสูญเสียสมรรถนะทางเพศ ซึ่งเป็นการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ทางจิตใจของคนเรา อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกาย ทำให้เกิดการเสื่อมในสมรรถนะทางเพศ ตลอดจนความสวยงามสดงามของรูปร่างหน้าตาก็หมดไปด้วย ผลอันนี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกกังวล เพราะรู้สึกว่าตนเองขาดความดึงดูดความสนใจจากเพศตรงข้าม ยิ่งทำให้เพิ่มความหวนไหวต่อความมั่นคงของชีวิตยิ่งขึ้น

สรุป จากผลของการสูญเสียในสิ่งต่างๆ ด้านจิตใจและอารมณ์ดังกล่าว มีผลทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางใจในผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เกิดความรู้สึกว่าเหว่ รู้สึกหมดหวังท้อแท้ในชีวิต เกิดความซึมเศร้า ประกอบกับถูกโหมจ้ำจี้จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและพบว่า ตนเองความจำก็ไม่ดี การได้ยินก็ไม่ชัดเจน ยิ่งทำให้อารมณ์หวนไหวมากยิ่งขึ้น จนทำให้ในบางคนที่ปรับตัวไม่ได้ เกิดป่วยทางสุขภาพจิตได้ในระยะนี้ ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยๆ คือ โรคซึมเศร้า โรคจิตในวัยสูงอายุ การฆ่าตัวตาย

และโรคกลุ่มอาการทางสมองที่มีการกระทบกระเทือนทางจิตใจ อันเกิดจากเส้นเลือดตีบในสมอง

สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุมีสาเหตุดังนี้

1. ความจำ

ผู้สูงอายุอาจมีความจำเรื่องราวในอดีตได้อย่างสมบูรณ์ ในขณะที่ความจำต่อสิ่งใหม่ๆ มีน้อย กล่าวสั้นๆ ก็คือ เรื่องใหม่ลืมนง่าย เรื่องเก่าจำได้ดี จากกฎการถอยกลับของไรบอตต์ (Ribot's Law of Regression) พบว่า ผู้สูงอายุจะจำเหตุการณ์ในวัยเด็กได้ง่ายและชัดเจนกว่า เหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น การมีชีวิตอยู่กับอดีตและความหลังเป็นสิ่งปกติวิสัยของผู้สูงอายุ ความทรงจำต่อเหตุการณ์ที่เพิ่งผ่านไป ผู้สูงอายุมักจะจำคำบอกเล่าได้ดีกว่าสิ่งที่พบเห็นจริงด้วยตนเอง ด้วยเหตุนี้การช่วยความทรงจำของผู้สูงอายุโดยอาศัยเนื้อความสำคัญในการบอกเล่านั้นๆ เป็นประเด็นไป

2. สติปัญญา

ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมของสมอง ความคิดความอ่านช้าลง แต่ความแม่นยำยังคงมีเท่าๆ กับคนหนุ่มสาว ถ้าให้เวลามากขึ้น ความสามารถในการแสดงความคิดเห็นและวิจารณ์ญาณจะทำได้ดีในสถานการณ์ที่ต้องอาศัยประสบการณ์ ความสุขุมรอบคอบ ความสามารถในการวิเคราะห์ และคำนวณสิ่งต่างๆ จะลดลง แต่ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาษายังคงมีอยู่จนกระทั่งระยะสุดท้ายของชีวิต

3. การเรียนรู้

ผู้สูงอายุจะมีความกระตือรือร้นในการเรียน ความเข้าใจน้อยและช้าลง ซึ่งสิ่งนี้จะมีความสัมพันธ์กับการใช้ความจำที่ลดน้อยลง ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกเหนื่อย และคิดว่าในช่วงชีวิตที่ยาวนานของตนเองได้เกิดการเรียนรู้มาพอเพียงแล้ว ต้องการการพักผ่อนมากกว่า

4. ความตายของบุคคลผู้ใกล้ชิด

ความตายของบุคคลผู้ใกล้ชิด เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความกลัวหวั่นวิตกกังวลเป็นอย่างยิ่ง และจะเกิดความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง ไม่มั่นใจ และรอคอยระยะเวลาที่ความตายจะมาถึงตนเอง จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะเครียด และตกอยู่ในความอ้างว้างเดียวดายอย่างยิ่ง 3 ใน 4 ของบุคคลผู้เสียชีวิตมักจะมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ความตายของญาติและเพื่อนสนิท ความเศร้าโศกอาดูรที่เกิดขึ้นในบ้านปลายของชีวิตเป็นสิ่งที่คนสูงอายุปรับตัวปรับใจได้ยาก รูปแบบการแสดงออกซึ่งอารมณ์ความรู้สึกเศร้าโศกอาดูรจะไม่เหมือนในวัยหนุ่มสาวทั่วไป บางรายอาจเก็บความรู้สึกไว้ ไม่มีการเวทนาคร่ำครวญ บางรายแสดงออกมาในลักษณะบอกเล่าถึงความผิดปกติทางร่างกายอยู่ตลอดเวลา

การสูญเสียคู่ชีวิต คู่คิดหรือเพื่อนคุยที่เข้าใจกันดีมาเป็นระยะเวลานาน จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกหดหู่ เศร้า เดียวดาย หงอยเหงา อ้างว้างเป็นอย่างยิ่งและหากการสูญเสียนี้

เกิดขึ้นกระชั้นหัน โดยมิได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าแล้วจะมีผลต่อสภาพจิตใจอย่างรุนแรงจนบางครั้งผู้สูงอายุที่อยู่เกิดการตรอมใจ เป็นผลทำให้การทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆทำหน้าที่ช้าลง อ่อนลง เพราะขาดกำลังใจได้

5. บุคลิกภาพ

ลักษณะและรูปแบบของบุคลิกภาพดั้งเดิมจะคงไว้ได้ แต่ลักษณะเด่นเฉพาะจะแสดงออกมามากขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งนิวการ์เทน (Neugarten) 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 พยายามยึดรูปแบบบุคลิกภาพของตนในวัยกลางคนไว้และมีความพึงพอใจในระดับสูงต่อการยึดถือเช่นนี้

5.2.2 “Constricted” เป็นกลุ่มที่เกลียดกลัวความชราเช่นกัน จึงชอบจำกัดบทบาทและพฤติกรรมของตนเอง จะมีความพึงพอใจสูงถ้าบทบาทของตนเองมีน้อยตามที่คาดหวังไว้

5.3 บุคลิกภาพเฉยชาและพึ่งพาบุคคลอื่น (Passive – dependent personalities)

5.3.1 “Succurance – Seeking” เป็นกลุ่มที่พึ่งพาบุคคลอื่น เพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ของตนเอง

5.3.2 “Apathic or Rocking Chair” กลุ่มนี้จะแสดงพฤติกรรมเฉยชา มึนซึม ไม่สนใจใฝ่ดีต่อสิ่งแวดล้อม มีกิจกรรมน้อย มีความพอใจระดับปานกลางและต่ำ

5.4 บุคลิกภาพแบบขาดการผสมผสาน (Unintegrated personalities)

พวกนี้ไม่สามารถปรับตัวปรับใจให้ยอมรับความชราของตนเองได้ ขาดการควบคุมอารมณ์ มีการบกพร่องด้านความคิดอ่านและภาวะจิตใจอย่างเห็นได้ชัด จะยังคงอยู่ในชุมชนได้ แต่จะมีพฤติกรรมและความพึงพอใจต่อชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

ผู้สูงอายุส่วนมากจะยึดถือต่อความคิดเห็นของตนเอง ยึดมั่นต่อสิ่งดั้งเดิม ไม่ค่อยยอมเปลี่ยนแปลงสิ่งใดง่ายๆ โดยเฉพาะถ้าสิ่งนั้นทำให้เขาประสบความสำเร็จมาแล้วในอดีต ความหัวเก่าหรือการไม่ยอมเปลี่ยนแปลงอะไรง่ายๆ ในผู้สูงอายุที่มีมากขึ้นนั้น เป็นผลมาจากความกดดันทางสภาพเศรษฐกิจและสังคม

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

ผู้สูงอายุบางรายที่มีอายุมาก จะมีความภาคภูมิใจในควมมีอายุยืนยาวของตนเอง และมักมีความวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของตนเองน้อยลง ยอมรับสภาพความเป็นจริง ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น

สรุป การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ มีสาเหตุจากความทรงจำในอดีต สถิติปัญญา การเรียนรู้ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งบุคลิกภาพที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุ

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจในผู้สูงอายุ

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจในผู้สูงอายุ แยกได้ 4 ประการ คือ

1. การรับรู้ ผู้สูงอายุมักจะยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้ต่อสิ่งใหม่เป็นไปได้ยาก เพราะความสามารถและประสิทธิภาพของอวัยวะรับความรู้สึก การสื่อสาร และการรับรู้เสื่อมสมรรถภาพลง ความสามารถในการจำลดถอย ทำให้การทำความเข้าใจกับการสื่อสารด้วยภาษาพูด กิริยาท่าทางหรือการสื่อในรูปแบบอื่นๆ เป็นไปอย่างช้าๆ และไม่สู้สมบูรณ์ การแปลความหรือตีความมีโอกาสผิดพลาดง่าย ต้องอาศัยเวลา ผู้สูงอายุมักจะใช้ประสบการณ์ที่เคยผ่านมาเป็นเครื่องประกอบการตัดสินใจการรับรู้ของตน บางครั้งการรับรู้นั้นก็ลำเอียงไปตามความเข้าใจของตน ด้วยลักษณะดังกล่าวนี้ผู้สูงอายุจึงมักมีความคิดเห็นไม่ตรงกับผู้อ่อนวัยกว่า และมักจะขัดแย้งกัน อีกประการหนึ่งผู้สูงอายุจะมีความคิดและคตินิยมดั้งเดิมเป็นอารมณ์อยู่ซึ่งเปลี่ยนแปลงยาก เพราะเป็นนิสัยที่ปลูกฝังมานานนับสิบปี

2. การแสดงออกทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นกลไกเกี่ยวเนื่องกับการสนองความต้องการของจิตใจ ต่อการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ต่างๆ ส่วนใหญ่จะเป็นความท้อแท้และน้อยใจ โดยรู้สึกว่าสังคมมิให้ความสำคัญแก่ตนเองดังที่เคยเป็นมาแต่ก่อน บางครั้งก็ลืมไปว่าตนได้ถึงวาระแห่งการเปลี่ยนแปลง

แล้ว ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนจิตใจเพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์จะเป็นอยู่ชั่วระยะเวลาหนึ่ง เมื่อผู้สูงอายุเริ่มยอมรับและปรับสภาพได้ว่า เมื่อมีอายุต้องมีความสูญเสียต้องมีบทบาทใหม่ที่มีใช้ปฏิบัติเอง เป็นแต่เพียงผู้แนะนำหรือบางทีต้องเป็นผู้รับการดูแล เพราะข้อจำกัดต่างๆของสังขาร ความมีเหตุผลและประสบการณ์การเรียนรู้จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้จักการสกัดกั้นทางอารมณ์และแสดงออกในทางที่ดีขึ้น

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

4. ความสนใจสิ่งแวดลอม ผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดลอมเฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและตรงกับความสนใจของตนเองเท่านั้น โดยมีอารมณ์เป็นพื้นฐาน ความสนใจส่วนใหญ่จะมุ่งไปที่ตัวเอง เพราะมีเวลาที่จะคิดถึงตนเอง เนื่องจากว่างจากภาระกิจการงานและสังคม จะชอบหรือสนใจในสิ่งที่ตนคุ้นเคยเท่านั้น งานแปลกใหม่อื่นๆจะไม่ชอบ ความสนใจสิ่งแวดลอมอื่นๆอาจมีอยู่บ้างแต่ลดถอยไปมาก ชอบชีวิตเรียบง่าย ความมั่งคั่งหรือไฝ่ฝันในชีวิตลดลงหรือไม่มีเลย ชอบที่จะเป็นผู้ตามมากกว่าผู้นำ ยกเว้นบางคนที่ยังคงความสามารถอยู่แต่น้อยคนมาก

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุมักเป็นการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของการรับรู้ การแสดงออกทางอารมณ์ การสร้างวิถีการดำเนินชีวิตของตนเอง และการสนใจสิ่งแวดลอม

2.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีการศึกษา 2 ด้าน ด้วยกัน 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 เชื่อว่าสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสารในเซลล์ถูกทำลายทำให้ความสามารถในการส่งอาหารและออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อมีประสิทธิภาพลดลง

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 พวคอลลาเจน ทำให้เนื้อเยื่อต่างๆลดการยืดหยุ่น และการขับถ่ายของเสียในร่างกาย ทำให้การทำงานของเซลล์ไม่สมดุล

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

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

2.4.1.1.8 ทฤษฎีทำลายตนเอง (Autoimmune Theory) เชื่อว่า ความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง พร้อมกับมีการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น ทำให้มีการต่อต้านตนเอง ทำลายเซลล์ของร่างกาย ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย

2.4.1.2 ทฤษฎีทางสรีระวิทยา (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 มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุขสามารถอยู่กับบุตรหลานหรือผู้อื่นได้โดยไม่มีความเดือดร้อนใจ แต่ถ้าผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ทำงานร่วมกับใครไม่ได้ จิตใจคับแคบ และมักรู้สึกที่ตัวเองทำคุณกับใครไม่ขึ้น มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีความสุข ชีวิตเศร้าและเจียมเหงา

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

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

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

2.4.2.2 ทฤษฎีถอยห่างจากสังคม (Disengagement Theory) อธิบายว่าบุคคลจะลดบทบาททางสังคมลงไปตามอายุ ซึ่งจะอยู่ในลักษณะที่สมยอมทั้งสองฝ่าย คือ ฝ่ายตัวบุคคล และฝ่ายสังคม และผู้ชราจะพยายามลดความขัดแย้งจากสถานภาพ โดยการยอมรับบทบาทของตนตามที่สังคมต้องการ กระบวนการถอยห่างจากสังคมจะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล แต่ตามแนวคิดนี้บุคคลจะค่อยๆ ลดความผูกพันต่อสังคมลงเป็นลำดับ โดยที่มีความตระหนักด้านอายุ และความคับแคบของประสบการณ์ที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งความสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุ วัยชราจะค่อยๆ ลดบทบาททางสังคมของตนลง ทำให้สูญเสียสถานภาพทางสังคมก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า แม้ว่าทฤษฎีถอยห่างจากสังคมได้รับการวิจารณ์ในเชิงลบอยู่บ้าง เช่น กล่าวว่าการถอยห่างจากสังคมจะเกิดในผู้ชราบางช่วงอายุหรือในบางพฤติกรรมเท่านั้น หรือมีการถอยห่างบทบาทบางอันเท่านั้นที่ไม่พอใจ แต่ยังคงพอใจที่จะรักษารูปแบบอื่นๆ ไว้ นอกจากนี้แล้วพบว่าผู้ชราบางกลุ่มพอใจที่จะอยู่คนเดียว และถือว่าเป็นประสบการณ์ที่ดี แต่อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้ยังคงเป็นทฤษฎีนำในการศึกษาการปรับตัวทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

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

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

ที่ไม่เท่ากัน เป็นเหตุให้มีพฤติกรรมถอยจากสังคมไม่เท่ากัน

2.5 ปัญหาของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุต้องจัดการกับการเปลี่ยนแปลงมากมาย ต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เปลี่ยนไปตามกาลเวลา และต้องเผชิญกับการสูญเสียคู่ชีวิต ครอบครัวและเพื่อน การเกษียณนำมาสู่การสูญเสียรายได้และโอกาสการเข้าสังคม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต และการมีสัมพันธภาพกับเด็กโต ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยๆ และบางครั้งการสูญเสียหลายอย่างเกิดขึ้นในเวลาพร้อมๆกัน เช่น ผู้ที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับเส้นเลือดแตกในสมอง ต้องเผชิญกับการสูญเสียหน้าที่การทำงานของสุขภาพร่างกาย การเคลื่อนไหว รูปลักษณ์ และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในเวลาพร้อมๆกัน การสูญเสียที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกันทำให้ความสามารถในการจัดการปัญหาของผู้สูงอายุลดลง ผู้สูงอายุจะต้องมีการเรียนรู้กิจกรรมใหม่ๆและสนใจที่จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับผู้สูงอายุบางคนมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างง่ายดาย แต่อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงชีวิตก็ทำให้เกิดความเครียดครั้งยิ่งใหญ่ ปัญหาในการปรับตัวของผู้สูงอายุมีดังนี้ (Valfre, M. M., 2001: 189-195)

2.5.1 การปรับตัวด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องปกติของการสูงอายุ หลายคนเชื่อว่าผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ แต่อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีกิจกรรมตลอดชีวิต การเดินออกกำลังกาย และการออกกำลังกายให้กล้ามเนื้อแข็งแรงจะสามารถป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการสูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องมีการเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน จากการทำงานที่มีความหนักหน่วงและความสามารถในการทำงานลดลง เช่น เปลี่ยนการรับประทาน แบบแผนการนอนหลับ ปรับความดังเสียงทีวีเพิ่มขึ้น ลดความจ้าของแสงไฟ เป็นต้น

การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดปัญหามากมายและมีความเสี่ยงสูงต่อความผิดปกติของสุขภาพจิต อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภาวะทางจิตใจ

2.5.2 การปรับตัวด้านจิตสังคม

ปัจจุบันการสูงอายุได้กลายเป็นเรื่องที่เปิดเผย สุขภาพของครอบครัวและเพื่อน ได้ถูกวางแผนระยะยาว ปัญหาของผู้สูงอายุมีความเชื่อมโยงกับเงิน ความพอเพียงของอาหารและที่อยู่อาศัย หรือการดูแลสุขภาพ การสูญเสียความรัก ฐานะทางสังคมได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่เหมาะสม การดูแลผู้สูงอายุเป็นการเพิ่มเติมสำหรับการสูญเสียบุคคลในครอบครัว โดยการส่งเสริมด้านอารมณ์ และการสนับสนุนทางสังคม

2.5.3 การปรับตัวด้านเศรษฐกิจ

ทักษะของผู้สูงอายุมีความกังวลในเรื่องเงินทองและความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่หนุ่มสาว ด้วยวัยอายุ 80 ปี ซึ่งได้ผ่านประสบการณ์ความยากลำบาก และหล่อหลอมเป็นความทรงจำ จึงไม่แปลกที่ผู้สูงอายุบางคนมีพฤติกรรมที่ดูแปลก เช่น ชอบสะสมสิ่งที่คุณเหมือนไม่มีประโยชน์ ซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์การเรียนรู้ทัศนคติที่ผ่านมานั่นเอง

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

2.5.4 การปรับตัวด้านบ้านพักอาศัย

จากการรายงานของ U.S. Bureau of the Census (1998) พบว่า ผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาที่อายุมากกว่า 65 ปี ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวกับคู่สมรส มีประมาณหนึ่งในสามส่วนที่อาศัยคนเดียว และประมาณ 15% ที่อาศัยอยู่กับคนอื่น (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 ซึ่งเป็นหนึ่งในปัญหาที่ยุ้งยากมากที่สุดในผู้สูงอายุ

2.5.6 ปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมักประสบกับปัญหาความผิดปกติด้านจิตใจเช่นเดียวกับวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ เช่น เผชิญกับปัญหาที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง การถูกทำร้าย สูญเสียความจำ หงุดหงิด สุขภาพจิตสามารถเกิดได้ยากจากด้านร่างกาย และการแยกตัวจากสังคม ปัญหาความผิดปกติด้านจิตใจที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย ความซึมเศร้า การถูกทำร้าย และการหลงลืม

สรุปได้ว่าปัญหาของผู้สูงอายุมักจะเป็นเรื่องความสามารถที่ต้องเผชิญกับการปรับตัวในด้านต่างๆ เช่น ด้านร่างกาย จิตสังคม เศรษฐกิจ ที่พักอาศัย การสูญเสียและการตาย รวมทั้งด้านจิตใจ โดยเฉพาะในเรื่องภาวะซึมเศร้าด้วย

3. เอกสารเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

3.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

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

โสมสิริ รอดพิพัฒน์ (2547: 14-15) ได้รวบรวมความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ ดังนี้

วิวัฒน์ ยถาธานนท์; และคนอื่นๆ ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกเบื่อ หดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดอยากตาย

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

เบค กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นรูปแบบของความรู้สึก โดยมีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง ต่ำหนีดตนเอง มีความเปี่ยงเบนทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ มีกิจกรรมทางกายลดลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีได้หลายระดับ อาจเริ่มตั้งแต่เกิดความวิตกกังวล และรุนแรงขึ้น จนกระทั่งทำให้คนๆ นั้นมีอาการเฉยเมย เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดลอม 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 สรุปว่าคนทั่วไปจะรู้สึกชื่นชมตัวเองในเรื่องเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตัวเอง ประสิทธิภาพของตัวเอง รวมทั้งสิ่งที่จะเกิดในอนาคต ผู้ป่วยซึมเศร้าขาดสิ่งที่จะทำให้มีความสุข รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า มีประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาในด้านลบจึงนำไปสู่ความคิดในอนาคตที่เป็นด้านลบด้วย มีความคิดยึดมั่น แปลความเหตุการณ์ปกติว่าเลวร้าย และรู้สึกหมดหวังโดยไม่ตรงกับความเป็นจริง ความคิดด้านการมีเหตุผลผิดพลาด ผลสรุปของความคิดไม่ถูกต้อง

3.2.2 ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial theories)

ทฤษฎีทางจิตสังคม กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าเป็นการตอบสนองต่อการสูญเสียสิ่งที่รัก หรือเป็นผลจากความล้มเหลวในการชดเชยต่อสิ่งที่สูญเสีย การที่ภาวะซึมเศร้าเกิดในผู้สูงอายุมาก เนื่องจากผู้สูงอายุมีเวลาและโอกาสน้อยที่จะหาสิ่งที่รักมาทดแทน Seligman ได้เสนอทฤษฎี learned helplessness theory อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากความบกพร่องด้านสติปัญญา ขาดแรงจูงใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า และบกพร่องด้านอารมณ์ ภาวะซึมเศร้าจะเกิดเมื่อมีความคาดหวังว่าสิ่งเลวร้ายจะเกิดขึ้น เป็นการรับรู้ที่มาจากภายใน เรียนรู้ว่าไม่มีความสามารถจะป้องกันได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทฤษฎีนี้จึงสามารถอธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ประสบกับการสูญเสียหรือต้องพึ่งพาได้ ผลการวิจัยดัชนีบ่งชี้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า การที่ผู้สูงอายุมีทางเลือก การมองโลกในแง่ดี การมีความหมายในตัวเอง ความสามารถในการช่วยตัวเองได้ เป็นปัจจัยที่

ต่อต้านภาวะซึมเศร้า

3.2.3 ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biological theories)

ได้มีการกล่าวถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทมานานกว่า 30 ปี แต่ยังสรุปความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลไม่ได้ 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 กสานติกุล (2542: 82–87) ได้รวบรวมสาเหตุของภาวะซึมเศร้าไว้ ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคมวัฒนธรรมที่บีบคั้นและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมเรียกว่า ปัจจัยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial factors) โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน (ตาราง 3)

ตาราง 3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอารมณ์ผิดปกติ

1) ปัจจัยเสริม (predisposing factors)

- พันธุกรรม
- ปัจจัยทางสังคมในช่วงต้นของชีวิต เช่น ขาดบิดามารดา ปัญหาครอบครัว บิดามารดาหย่าร้าง การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม (poor parenting)
- บุคลิกภาพ (Depressive personality) ซ้ำกังวล ชอบคิดแง่ลบ ขาดความภูมิใจในตนเอง

2) ปัจจัยเร่ง (precipitating factors)

- ความพิการทางกาย (physical loss)
 - สภาพแวดล้อมหรือครอบครัวยากจน (poverty), ยุ่งเหยิง ห่างเหิน แยกแยก พี่น้องไม่ปรองดอง กลมเกลียว
-

ตาราง 3 (ต่อ)

- ปัจจัยทางสังคมในปัจจุบัน ไม่มีมนุษยสัมพันธ์ ขาดความผูกพัน (no intimacy)

- ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม
- มีปัญหาชีวิต (loss of love) พบกับความล้มเหลวผิดหวัง เช่น สอบตก ออกหัก ธุรกิจการค้าขาดทุน
- หหมดความภูมิใจในตนเอง (loss of self – esteem)
- ถูกกลั่นแกล้งทางเพศ

3) ปัจจัยให้ป่วยต่อเนื่อง (perpetuating factors)

- บุคลิกภาพ การปรับตัว
 - ปัจจัยทางสังคม ปัญหาชีวิต
 - แสดงอารมณ์รุนแรงในครอบครัว
 - ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม
-

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

3.3.1 สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic models)

นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่า อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลายๆอย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอาย และความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐาน (Primitive) ที่สุด ปรากฏให้เห็นแม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรม (Superego) ก่อร่างขึ้นแล้ว

Abraham อธิบายว่าความเศร้าเกิดจากการหันเหความโกรธและความก้าวร้าวเข้าหาตัวเองเนื่องจากมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย คือ ทั้งรักและโกรธ (ambivalence) ต่อบุคคลสำคัญในชีวิต ผู้ที่เป็นที่รักและเป็นที่พึงพิงทางอารมณ์ แต่ก็เป็นผู้ที่สร้างความผิดหวังและความคับแค้นใจให้ด้วย และภาวะครั่นครวญ (ไฮโปเมเนีย) หรือคลุ้มคลั่ง (เมเนีย) เกิดจากการสูญเสียหรือไม่ได้รับความรักจากบิดามารดา ทำให้มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ครั้งเยาว์วัย (primal depression) โดยการปฏิเสธ (denial) หรือกลบเกลื่อนความเศร้าด้วยท่าทีรื่นเริงและครั่นครวญของภาวะไฮโปเมเนียหรือเมเนีย

Freud อธิบายว่าความเศร้าเกิดจากการสูญเสียหรือจากพรากจากผู้เป็นที่รัก โดยใช้กลไกทางจิตชนิดเก็บไว้ในตนเอง (Introjection) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยซึมเศร้าด้วยการซึมซับ (incorporate) เหาภาพของบุคคลผู้เป็นที่รัก(แต่สร้างความคับแค้นใจ)รวมเข้ากับ ego ของตนเอง เมื่อเกิดการสูญเสียผิดหวังหรือจากพราก ความโกรธก้าวร้าวที่เกิดจากความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายจะสร้างความปั่นป่วนในจิตใจ ทำให้รู้สึกผิด หมดความภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกซึมเศร้า นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนอาจใช้กลไกทางจิตชนิดพฤติกรรมถอยกลับ(regression) ไปเป็นระยะปาก (oral) หรือระยะทวาร(anal) มีท่าทีแบบเด็กๆ เช่น งอแง เอาแต่ใจตนเอง กลัว ไม่กล้าอยู่คนเดียว หรือ ย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น และภาวะโรคจิตวิกลจริต(psychosis) ที่อาจพบในโรคอารมณ์ผิดปกติ ก็เป็นพฤติกรรมถอยกลับไปยังระดับหลงตัวเองหรือรักตัวเอง(narcissism) ในระยะปากของการพัฒนาทางจิตเพศ(psychosexual development)

ทฤษฎี Ego Psychology

Jacobson อธิบายว่าภาวะเศร้า เกิดจากการขาดความรักความอบอุ่นในวัยทารก (infantile deprivation) และมีความคับแค้นใจ (frustration) ทำให้มีการหยุดชะงักของการพัฒนา ego และ superego บุคคลนั้นจึงไม่สามารถปรับตัวกับโลกแห่งความเป็นจริงด้วยวิธีการ (กลไกทางจิต การปรับตัว และการควบคุมตนเอง) ที่เหมาะสม ส่งผลให้หมดความภาคภูมิใจในตัวเองและรู้สึกไร้ค่า ซึ่งเป็นลักษณะของภาวะซึมเศร้า

Bibring อธิบายว่าภาวะเศร้าเกิดจากความขัดแย้งของ Ego เองที่ไม่สามารถบรรลุถึงอุดมคติแห่งตน (ego ideal) คือต้องการเป็นที่รัก (loved) เเด่น (superior) เป็นคนดีที่น่ารัก (good loving) มีไขความขัดแย้งระหว่าง ego กับ superego หรือ ego กับ บุคคลอื่น ภาวะวิตกกังวล และภาวะเศร้าเป็นปฏิกิริยาของ ego ขั้นพื้นฐาน แต่เป็นคนละทิศทาง โดยภาวะวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาต่อภัยอันตรายทั้งภายนอกและภายใน มีการใช้กลไกทางจิตในแบบสู้ (fight) หรือหนี (flight) แต่ในภาวะซึมเศร้า ego จะดูเหมือนสยบนิ่ง (paralyzed) ทำให้รู้สึกท้ออาลัยและหมดความภาคภูมิใจ

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

ปัญหาการเงิน หรือปัญหาการเงิน เป็นต้น

Sullivan เชื่อว่าปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) หรือสภาพสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคทางจิตต่างๆ รวมทั้งโรคซึมเศร้า

Kohut อธิบายว่า การเลี้ยงดูเอาใจใส่อย่างพอเหมาะ (proper maternal care) จะช่วยให้ความหลงรักตนเองของทารก (primary narcissism) พัฒนาไปตามปกติ การขาดความรัก ความอบอุ่นในช่วงวัยเยาว์จะส่งผลให้ความเป็นตัวตน (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 และถูกคาดหวังเรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ

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 มีความอ่อนแอเนื่องจากร่างกายอ่อนสมรรถภาพหลายๆอย่าง 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 เนื่องจากมีปัญหาหลายๆอย่าง เช่น ไม่มีคนคอยดูแล มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การเกษียณอายุและต้องอยู่บ้านเฉยๆ ไม่มีงานทำ

3.4.4 มีโรคทางกายหลายๆอย่าง เช่น ปวดหลัง ปวดตามข้อ กระดูกผุโดยเฉพาะในผู้หญิง ทำให้กระดูกหักง่าย ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ

ปัจจัยต่างๆดังกล่าวส่งผลต่อจิตใจอย่างมาก ที่สำคัญคือความรู้สึกมีคุณค่าในตนลดน้อยลงทำให้เป็นโรคซึมเศร้าได้ง่าย

3.5 อาการของภาวะซึมเศร้า

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

อาการทางจิตใจมากกว่าอาการทางกาย ยกเว้นอาการป่วยทางกาย หรือจากการใช้ยา หรือ แอลกอฮอล์ ซึ่งอาการเหล่านั้นจะต้องคงอยู่เกือบทั้งวัน เกือบทุกวัน อย่างน้อย 2 สัปดาห์ และต้องเกิด พร้อมกันเป็นกลุ่มอาการความรุนแรงของอาการแปรเปลี่ยนจากบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลหนึ่ง โดยทั่วไป ภาวะซึมเศร้าทำให้บุคคลรู้สึกหมดค่า ไม่มีความสามารถ หมดหวัง และเหนื่อยล้า (Lemme, Barbara Hansen. 1995: 416) ซึ่ง อีเบอร์โซล และเฮส (Blazer D.. 1982: 549–555 citing Ebersole, P.; & Hess, P.. 1994) ได้กล่าวถึงอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 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 หงุดหงิด
มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ	ด้านสรีรวิทยา
ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	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 4 (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	
เดินตัวงอ	อาละวาด ก้าวร้าว
ใบหน้าเศร้าซึม	พฤติกรรมถดถอย

3.6 ระดับของภาวะซึมเศร้า

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

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

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

3.6.3 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) จะมีอาการซึมเศร้าตลอดเวลา มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองด้านไม่ดี ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความต้องการหลีกเลี่ยง หลบซ่อน ไม่มีการเข้าร่วมสังคมใดๆเลย ลักษณะอารมณ์เหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง มองอนาคตมืดมนและสิ้นหวัง หหมดความสนใจสิ่งต่างๆ การตัดสินใจเสียแม้แต่เรื่องง่ายๆ ในชีวิตประจำวันแทบจะไม่มีการเคลื่อนไหว มักจะนั่งอยู่เฉยๆกับที่ตลอดเวลา อยู่ในท่าเดียวนานๆ หรืออาจอยู่ไม่นิ่ง ผุดลุกผุดนั่ง ไม่สนใจต่อตนเอง ดูแลตนเองไม่ได้ นอนหลับไม่สนิท หรือนอนไม่หลับ มักรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา หหมดความสนใจในเรื่องเพศ ผู้ที่อยู่ในระยะนี้อาจจะถอนตัวถอยหนีออกจากโลกของความเป็นจริง มีความหลงผิด (Delusion) และมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้

3.7 การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า

ธวัชชัย ลิขิตานา (2545: 346–347) กล่าวถึงสิ่งสำคัญในการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

3.7.1 สิ่งที่ต้องพิจารณาในการรักษา

3.7.1.1 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า

เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามีหลายสาเหตุ การรักษาที่สาเหตุเริ่มต้นร่วมด้วยจะทำให้ได้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาเฉพาะภาวะซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ซึ่งเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ หากโรคดังกล่าวได้รับการรักษาแล้วดีขึ้น การรักษาภาวะซึมเศร้าก็จะรักษาได้ง่าย หรือผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำ หากสามารถลดหรือหยุดการดื่มสุราก็จะส่งผลให้การรักษาภาวะซึมเศร้าได้ผลดีขึ้น

3.7.1.2 ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

อาการซึมเศร้ามีความรุนแรงหลายระดับ ตั้งแต่รุนแรงน้อย คือ มีอาการเพียง

ไม่ก็อาการเท่านั้นไปจนถึงขั้นรุนแรงมาก ในรายที่อาการมีความรุนแรงน้อย อาจใช้เพียงการพูดคุยหรือแนะนำการปฏิบัติตัว ในรายที่มีอาการมาก มักต้องเข้ารับประธาร่วมด้วย

3.7.1.3 การกลับเป็นซ้ำ

ภาวะซึมเศร้าสามารถกลับเป็นซ้ำได้ แม้จะได้รับการรักษาจนหายเป็นปกติแล้วก็ตาม ในรายที่กลับเป็นซ้ำจะต้องทานยารักษาต่อเนื่อง 2-5 ปี หรืออาจต้องทานยาตลอดชีวิตก็ได้

3.7.2 วิธีการรักษา

3.7.2.1 จิตบำบัดรายบุคคล

เป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุด ในรายที่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง 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 ไปแทนที่ความคิด หรือทัศนคติเก่าๆ ซึ่งมีลักษณะไปในทางลบ และไปในทางที่ผิดทั้งต่อตนเอง ต่อโลกภายนอก และต่ออนาคต เช่น การมองในอีกมุมมองหนึ่ง การมองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่เป็นเรื่องปกติหรือช่วยให้เราได้พัฒนาฝึกฝนตนเอง

3.7.2.5 การรักษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

จิตบำบัดวิธีนี้จะเน้นที่ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล โดยช่วยผู้ป่วยสำรวจ และแก้ไขเรื่องต่างๆ ระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่น สำรวจ และแก้ไขวิธีการรับมือกับความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

3.7.2.6 เกสซ์บำบัด (การรับประทานยา)

โดยทั่วไปแล้วการรักษาภาวะซึมเศร้าไม่จำเป็นต้องใช้ยา การบำบัดด้วยวิธีดังกล่าวข้างต้นก็สามารถทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยลักษณะต่อไปนี้ควรให้การรักษาร่วมด้วย

- ให้การรักษาด้วยวิธีที่ไม่ใช้ยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น
- ความรุนแรงของโรคระดับรุนแรงหรือระดับปานกลาง
- มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว

แพทย์ผู้รักษาจะเป็นผู้พิจารณาในการจ่ายยารักษาภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยไม่ควรที่จะซื้อยารับประทานเอง และควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้หายจากอาการป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial theories) เข้ามาเกี่ยวข้อง เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุเกิดการสูญเสียสิ่งต่างๆอันเป็นที่รัก หรืออาจมาจากความล้มเหลวในการชดเชยต่อสิ่งที่สูญเสียทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และเมื่อเกิดการสูญเสียในช่วงอายุนี้นี้ทำให้ไม่มีเวลาในการปรับตัว และหาสิ่งอื่นมาทดแทน เมื่อรวมกับภาวะเสื่อมต่างๆทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงทำให้ในวัยผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าในวัยอื่น

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 เดือน ที่ผ่านมา แล้วให้คะแนนแต่ละข้อ โดยค่าคะแนนมีความหมาย ดังนี้

0 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นๆเลย

1 หมายถึง มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นๆเป็นบางครั้ง โดยน้อยกว่า สัปดาห์ละครั้ง

2 หมายถึง มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นๆค่อนข้างบ่อย คือ 2 – 3 วัน/สัปดาห์

3 หมายถึง มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นๆบ่อยเกือบทุกวัน

ผู้ถูกประเมินจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามนี้เอง ค่าคะแนนรวมที่ได้จากคำตอบ จะถูกแปลความหมาย ดังนี้

คะแนน 21 – 25 แสดงว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน

คะแนน 26 – 34 แสดงว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

คะแนนสูงกว่า 35 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ผู้ที่ประเมินแล้วได้คะแนนสูงกว่า 30 คะแนน จะได้รับคำแนะนำให้พบแพทย์ หรือจิตแพทย์เพื่อการรักษา

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 แต่ยังไม่มีความ

ผิดปกติชัดเจน และคะแนน 11 – 21 แสดงว่ามีอาการวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้าที่ถือว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช แบบวัดนี้ได้ถูกนำไปทดสอบประสิทธิภาพกับผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าค่าความแม่นยำ และความน่าเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี

3.8.1.3 The Thai Mental Health Questionnaire

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

0 หมายถึง ไม่เคยมี หรือไม่เคยรู้สึกเลยในตลอดช่วงระยะเวลา 1 เดือน

1 หมายถึง เคยมี 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 มีปัญหามากขึ้น คะแนน 3 แปลว่ามีปัญหามาก และคะแนน 4 แสดงว่ามีปัญหาในระดับรุนแรง แบบวัดนี้เมื่อทดสอบแล้วพบว่ามีความจำแนก ระหว่างคนปกติและคนที่มีปัญหาทางจิตเวชได้ดี

3.8.1.4 The Thai General Health Questionnaire หรือ GHQ

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

GHQ นี้จะให้ผู้ตอบสำรวจสุขภาพโดยทั่วไปของตนเองในระยะ 2 – 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบ GHQ นี้เมื่อนำไปทดสอบพบว่ามีค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) และสัมประสิทธิ์ความแม่นยำอื่นๆในระดับสูง เหมาะสมสำหรับใช้เป็นแบบคัดกรองความผิดปกติทาง

จิตเวชทั้งในชุมชนและในสถานบริการ อย่างไรก็ตามจากผลการทดสอบได้ข้อสังเกตว่า ค่าความไวของ Thai GHQ ในผู้ชายต่ำกว่าผู้หญิงค่อนข้างชัดเจน ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ชายมักประเมินว่าตนเองเป็นปกติมากกว่าผู้หญิงทำให้ได้ค่าผลลบปลอม (false negative) สูงกว่าผู้หญิง

3.8.1.5 Thai Geriatric Depression Scale หรือ TGDS (นิพนธ์ พวงวรินทร์; และคนอื่นๆ. 2537: 5-11)

กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย ได้รวมกลุ่มบรรดาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยาจาก 14 สถาบันทั่วทั้งประเทศไทย มาประชุมร่วมกันเพื่อพัฒนาสร้างแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยขึ้นมา โดยให้ผู้สูงอายุตอบคำถามในกระดาษคำตอบด้วยตนเอง และใช้ชื่อภาษาอังกฤษว่า Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS แบบวัดนี้มีคะแนนระหว่าง 0 – 30 คะแนน โดยคำถามจะมี 30 ข้อ เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบด้วยตนเองในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

แบบวัดดังกล่าวมีข้อสังเกตว่าการกำหนดข้อคำถามและค่าคะแนนต่างๆ ไม่ได้เอาความแตกต่างระหว่างหญิงชายไปใช้ในการตีค่าคะแนนด้วย ดังนั้นเมื่อได้ค่าคะแนนมาเท่าใด ความหมายของอาการซึมเศร้าก็ถูกตีค่าเท่ากันทั้งผู้หญิงผู้ชาย 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 แสดงออกโดยพูดซ้ำ พูดน้อย ใช้เวลาในการตอบคำถามนาน และตอบด้วยคำพูดสั้นๆ

3.8.2.5 การรับรู้บุคคล เวลา และสถานที่

ผู้มีอารมณ์ซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่มีความผิดปกติด้านนี้ ตอบคำถามเรื่องนี้ได้ ถูกต้อง 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

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale หรือ TGDS เนื่องจากเป็นแบบวัดที่มีการปรับเพื่อให้เหมาะสมกับคนไทย และเป็นเครื่องมือที่ใช้เข้าใจง่าย สะดวกในการใช้ และเป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยตรง

3.9 งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

3.9.1 ระดับภาวะซึมเศร้า

กมลสิน สาตรา (2537: บทคัดย่อ) ศึกษาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ จ.นครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนร้อยละ 45.99 มีความซึมเศร้าเล็กน้อย

สรุทธิ สังข์ศรี; พิมพาภรณ์ สังข์ศรี; และ สุวรรณี เรืองเดช (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาอารมณ์เศร้าในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ กรณีศึกษา โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุส่วนใหญ่มีอารมณ์เศร้า คิดเป็นร้อยละ 58.3 เป็นอารมณ์เศร้าระดับเล็กน้อย มากกว่าระดับอื่น คิดเป็นร้อยละ 28.2

มานิต ทับมณี (2541 : ง) ที่ได้ศึกษาความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมใน ผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความชุกของความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 35.1

เพ็ญศรี หลินสุนนท์ (2543 : ง) ศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรวงเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีความซึมเศร้า ร้อยละ 22

ชาญกัญญา ตันติลีปิกร (2547 : 68) ศึกษาภาวะซึมเศร้า ความจำ สมรรถภาพ สมอง และคุณภาพชีวิตของข้าราชการเกษียณในกรุงเทพมหานคร พบว่า ภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ ปกติ

อับดุลฮาติม (เพ็ญศรี หลินสุนนท์. 2543: 33; อ้างอิงจาก Abdulhalim. 1991. Prevalence and Associated Factor of Depression among the elderly People in the Rural Area of Thailand. pp 83) ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย ในชนบท โดยศึกษาที่อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 143 คน พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างมีความซึมเศร้าร้อยละ 39.9

โกลด์เบิร์ก; เบนจามิน; และ ครีต (Goldberg; Benjamin; & Creed. 1987: 375) กล่าวว่า ในสหรัฐอเมริกาพบผู้สูงอายุที่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าประมาณ ร้อยละ 10 – 20 ของผู้สูงอายุที่อยู่ตามบ้าน และพบมากขึ้นตามสถานรับบริการทางคลินิกหรือโรงพยาบาล

3.9.2 เพศกับภาวะซึมเศร้า

กมลีน สัตรา (2537: บทคัดย่อ) ศึกษาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์ จ.นครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.92 ไม่มีความซึมเศร้า และผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.06 มีความซึมเศร้า เล็กน้อย นั่นคือ ผู้สูงอายุเพศชายและหญิงมีความซึมเศร้า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 โดยแตกต่างกันไปทุกหมวด ได้แก่ หมวดอารมณ์, ความคิด และการรับรู้ ความหลงผิด ร่างกาย และกำลังใจ

สตริกแลนด์ (Lemme, Barbara Hansen. 1995: 417; citing Strickland, B. R. 1992. *Women and Depression Current Directions in Psychological Science*. pp. 132 - 135) กล่าวว่าต้นกำเนิดของความแตกต่างในเรื่องเพศกับภาวะซึมเศร่ายังไม่ทราบแน่ชัด แต่คิดว่าเป็นผล จากการมีปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนด้านชีวภาพ วัฒนธรรม และปัจจัยทางสังคม นอกจากนี้ยังมีหลักฐาน

เชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนกับการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่มีข้อจำกัดและไม่เป็นที่ยืนยัน ปัจจัยด้านจิตวิทยาและวัฒนธรรมเป็นลักษณะเฉพาะที่พบเห็นได้จากประสบการณ์ของผู้หญิง ซึ่งสามารถอธิบายอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงในกลุ่มเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับ แม็คกรัทธ และคนอื่นๆ (Mcgrath; et al., 1990) และโนเลน ฮ็อคเซมา (Nolen Hocksema. 1990) กล่าวว่า ในอเมริกาอัตราภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย 2 – 3 เท่า และยังพบว่าอัตราส่วนดังกล่าวนี้เป็นจริงในประเทศอุตสาหกรรมแถบตะวันออกอีกหลายประเทศ เหตุผลที่เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายก็คือ ในผู้หญิงบางรายที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีความเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ที่ไม่สมดุลของเคมีชีวภาพในร่างกาย เช่น สารซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) จากการมีประจำเดือน การตั้งครรภ์ การคลอด และการหมดประจำเดือน ซึ่งทั้งหมดนี้มีความสัมพันธ์กับการสับพันธุ์ในเพศหญิง 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) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวอัฟริกัน-อเมริกัน ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี พบว่า เพศไม่มีความแตกต่างของภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

3.9.3. อายุกับภาวะซึมเศร้า

สลายยนต์ เจริญซ่า (2535: บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในเขตชนบท อ.บรรพตพิสัย จ.นครสวรรค์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า โดยที่ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า

กมลนิน สาดรา (2537: บทคัดย่อ) ศึกษาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์ จ.นครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกัน มีความซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชาญกัญญา ตันติลีปิกร (2547: 68) ศึกษาภาวะซึมเศร้า ความจำ สมรรถภาพสมอง และคุณภาพชีวิตของข้าราชการเกษียณในกรุงเทพมหานคร พบว่า อายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับภาวะซึมเศร้าที่ $P = 0.017$

ปัญหาหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยทางกาย ความเครียดเกี่ยวกับเรื่องเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบได้บ่อย แต่การประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้านักถูกประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง (Lemme, Barbara Hansen. 1995: 418; citing George. 1993.) จะเห็นได้จากรายงานการสำรวจอัตราภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือ ECA (Epidemiological Catchment Area Survey) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีภาวะซึมเศร้าระหว่าง 0.5% ถึง 0.95% (Lemme, Barbara Hansen. 1995: 418; citing George; et al.. 1988) ในขณะที่การสำรวจของสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (The National Institute on Aging, 1986) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีภาวะซึมเศร้าถึง 15% ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการเจ็บป่วยทางกายมากกว่าเป็นการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ จึงทำให้ตัวเลขของภาวะซึมเศร่าต่ำกว่าความเป็นจริง และมีบางรายงานกล่าวว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ใหญ่ที่มีอายุน้อยกว่า ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมักประสบปัญหาการเจ็บป่วยทางกายมากกว่า และอาการของภาวะซึมเศร่าก็รวมอยู่ในการเจ็บป่วยเหล่านั้น เช่น ปัญหาการนอน อ่อนเพลีย ปัญหาดังกล่าวจึงจัดอยู่ในการเจ็บป่วยทางกายด้วยจึงทำให้สถิติของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่าผู้ใหญ่ที่มีอายุน้อยกว่านั่นเอง (Lemme, Barbara Hansen. 1995: 418; citing Berkman; et al., 1986)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยอายุที่มากขึ้นความซึมเศร่าก็เพิ่มขึ้นด้วย

3.9.4 สถานภาพสมรสกับภาวะซึมเศร้า

กัลยา แซ่เฉียว (2539 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาปัจจัยทางชีวิตสังคมที่พบร่วมกับอารมณ์เศร้าของสตรีที่มารับบริการที่คลินิกวัยหมดประจำเดือนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ผู้มีสถานภาพหม้าย หย่า แยกกันอยู่ จะมีอารมณ์เศร่ามากที่สุดร้อยละ 41.2

ธิดา มีศิริ (2540 : ข) ศึกษาเรื่องการศึกษาความว่าเหวของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า แยก มีค่าเฉลี่ยคะแนนความว่าเหวมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่

มานิช ทับมณี (2541 : ง) ที่ศึกษาเรื่องความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแบบอยู่คนเดียว จากการที่มีคู่สมรสเสียชีวิต หย่าร้าง แยกกันอยู่ และเป็นโสด มีความซึมเศร่ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่

เมอร์เรล; และคนอื่นๆ (เพ็ญศรี หลินศุวนนท์. 2543: 36; อ้างอิงจาก Murrel SA.,et al. 1983. Prevalence of Depression and Its Correlates in Older Adults. pp. 173–185)

ศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยผู้ที่เป็นโสดหรือผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่เป็นหม้าย หย่า หรือแยก

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่มีคู่ (โสด หม้าย/หย่า)

3.9.5 ระดับการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

นันทิกา ทวิชาชาติ; และคนอื่นๆ (2535: 195-203) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดอุทัยธานี พบว่า ในด้านการศึกษาความซึมเศร้านั้นผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย

อิงใจ จันทมูล (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การไม่ได้รับการศึกษามีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เพ็ญศรี หลินศุวนนท์ (2543 : ง) ที่ทำการศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงเวียงเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร พบว่า ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เกริกชัย พิชัย (2546 : ง) ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ การศึกษาต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ชาญกัญญา ตันติลีปกร (2547: 68) ศึกษาภาวะซึมเศร้า ความจำ สมรรถภาพสมอง และคุณภาพชีวิตของข้าราชการเกษียณในกรุงเทพมหานคร พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.052

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

3.9.6 อาชีพกับภาวะซึมเศร้า

ทิพากร ปัญญาใหญ่;วัชนี หัตถพนม; และละเอียด ปัญญาใหญ่ (2539: ออนไลน์) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

อิงใจ จันทมูล (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การเกษียณอายุมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกันจะมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

3.9.7 เขตภูมิลำนากับภาวะซึมเศร้า

ทองอยู่ แก้วไทรยะ (2528: 47) ศึกษาวิจัยเรื่องผู้สูงอายุในสังคมไทย ปี พ.ศ. 2528 พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีความกังวลน้อยกว่าผู้สูงอายุในภูมิภาค ผู้สูงอายุในส่วนภูมิภาคมักกังวลใจเรื่องรายได้ สุขภาพ ความเป็นห่วงลูกหลาน ความพอใจของผู้สูงอายุ คือการได้อยู่กับครอบครัว

อารมณ วุฒิพฤษ (2530 : 32) ได้ศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง พบว่า อัตราทุกของโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชนบทสูงกว่าผู้สูงอายุในเมือง โดยผู้สูงอายุในชนบทเป็นโรคเรื้อรังร้อยละ 73 ส่วนผู้สูงอายุในเขตเมืองเป็นโรคเรื้อรัง ร้อยละ 64

นันทิกา ทวีชาชาติ; และคนอื่นๆ (2535: 195–203) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดอุทัยธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 711 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานคร 396 คน และในเขตจังหวัดอุทัยธานี 315 คน ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความซึมเศร้าร้อยละ 82.28 โดยในเขตกรุงเทพมหานครมีความซึมเศร้าร้อยละ 80.28 และในเขตจังหวัดอุทัยธานีมีความซึมเศร้าร้อยละ 84.80

อับดุลฮาติม (เพ็ญศรี หลินสุวนนท์. 2543: 33; อ้างอิงจาก Abdulhalim. 1991. Prevalence and Associated Factor of Depression among the elderly People in the Rural Area of Thailand. pp 83) ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชนบท โดยศึกษาที่อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 143 คน พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างมีความซึมเศร้าร้อยละ 39.9

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า เขตภูมิลำนามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุนั้น ผู้วิจัยเห็นว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุสามารถลดลงได้ โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมเข้ามาช่วย เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่ได้มีผู้อื่นศึกษาไว้แล้วพบว่าสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

4. เอกสารเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

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

แคพเพลน (Caplan.) ได้ให้คำจำกัดความการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

เฮาส์ (House.) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นพฤติกรรมการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคล เช่น การช่วยเหลือด้านเงินทอง แรงงาน การเสียสละเวลาช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และการช่วยเหลือด้านการประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรมเป็นข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองและทำให้รู้จักเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น

ทิลเดน; และไวเนอร์ท (Tilden; & Weinert.) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม สิ่งของ เงินทอง และแรงงานที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม

เพนเดอร์ (Pender.) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นโดยได้จากกลุ่มคนในระบบของสังคมนั่นเองเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุ อุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

ไวสส์ (Weiss.) ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกอึดใจ หรือพึงพอใจต่อความต้องการที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งประกอบไปด้วยความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย มีทั้งที่คล้ายคลึงและแตกต่างกัน ซึ่งความหมายเหล่านี้แสดงให้เห็นแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการที่บุคคลได้รับการตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานทางสังคมจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น อันนำมาซึ่งความรู้สึกอึดใจ พึงพอใจต่อสิ่งที่ได้รับ และดำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

เป็นที่ทราบกันดีว่าการได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากสังคม จะช่วยลดความรุนแรงของความเครียดหรือปัญหา ผู้ป่วยซึ่งมีเครือข่ายการช่วยเหลือเป็นอย่างดีจะผ่านพ้นสถานการณ์

วิกฤตได้ดีกว่าผู้ที่อยู่อย่างโดดเดี่ยว หรือไม่สามารถรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการติดต่อกับบุคคลภายนอกลดลง และมีความสัมพันธ์กับสังคมน้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมุ่งความสนใจมุ่งความสนใจมาอยู่กับตัวเองเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามในผู้สูงอายุจำนวนมากการติดต่อกับสังคมน้อยลง ไม่ได้เกิดเพราะความตั้งใจทำเช่นนั้น แต่เป็นเพราะความพิการและการเคลื่อนไหวมีปัญหา แม้ว่าจะไม่สามารถพบปะผู้คนได้เหมือนเดิม แต่ถ้าความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดและครอบครัวมีความแน่นแฟ้นเหมือนเดิม ความรู้สึกพึงพอใจหรือความสุขก็ยังคงมีอยู่ตราบนั้น

ผู้สูงอายุซึ่งมีครอบครัวของตัวเอง สมาชิกของครอบครัวก็จะมี ความใกล้ชิดกันทาง ด้านอารมณ์และความผูกพันดีกว่าผู้ที่ไม่มีครอบครัว แต่ว่าบุคคลในกลุ่มที่ไม่มีครอบครัวนี้จะมี ความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนมากกว่า ซึ่งเป็นการหาความสุขให้แก่ตัวเองโดยมีความสัมพันธ์เช่นนั้น

อนึ่งจากการศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุมากที่สุด มีข้อมูลซึ่งบ่งว่าเป็นกลุ่มที่มีความอ่อนแอในการแยกตัวเองออกมาอยู่ตามลำพัง เนื่องจากการสูญเสียหลายครั้ง ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานมากที่สุด (สมภพ เรื่องตระกูล. 2547: 73)

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของแบรนต์และไวเนิร์ท ซึ่งประกอบด้วย ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ นั้นหมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับการปฏิบัติจากสมาชิกในครอบครัวและนอกครอบครัว ซึ่งสิ่งดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุ เกิดความรู้สึกอบอุ่นมั่นคง มีคุณค่า เกิดกำลังใจในการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข

4.2 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้แบ่งไว้แตกต่างกันออกไปดังนี้

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

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้นด้วย
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Network) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เฮาส์ (สรินดา น้อยสุข. 2545: 19; อ้างอิงจาก House citing Cronwett. 1984)

แบ่งเป็น 4 ชนิด คือ

1. การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ หมายถึง การให้ความใกล้ชิดสนิทสนมและรับฟัง แสดงความยกย่อง แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจ
2. การช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน หมายถึง พฤติกรรมการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคล เช่น เงินทอง แรงงาน การเสียสละเวลาช่วยเหลือสังคม
3. การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล และคำแนะนำ ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่
4. การช่วยเหลือด้านการประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง ซึ่งทำให้มีความมั่นใจในตนเอง

คอร์เนเนเวทท์ (Lu Hong. 2000: 11; citing Cronewett.1985) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ชนิด โดยใช้พื้นฐานของ House's (1981) ซึ่งประกอบด้วย

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง การให้ความใกล้ชิดสนิทสนมและรับฟัง แสดงความยกย่อง แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจ
2. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ หมายถึง บุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้โดยตรง
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล และคำแนะนำ ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่
4. การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบพฤติกรรม หมายถึง บุคคลที่อยู่ในสถานการณ์และประสบการณ์เดียวกันซึ่งช่วยให้เรียนรู้และเข้าใจตนเอง

ทอยส์ (นิลบล รุจิประเสริฐ. 2539: 30-31; อ้างอิงจาก Thoits. 1982: 147; 1986: 417) ได้แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทองที่จะทำให้บุคคลได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational aid) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งคำแนะนำและการป้อนกลับ
3. การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional aid) หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

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

1. ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน หมายถึง การได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ ได้รับความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นที่รัก แต่ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะรู้สึกเดียวดาย มองโลกในแง่ร้าย ลักษณะเช่นนี้จะพบในคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง

2. การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสดำเนินกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นความรู้สึกร่วมกัน ข้อมูล ข่าวสาร ความหวัง ความเอื้ออาทรต่อกัน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้จะทำให้ชีวิตน่าเบื่อหน่าย รู้สึกถูกตัดขาดออกจากสังคม

3. การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการ และเป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้ มีการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน บุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้จะรู้สึกว่าชีวิตของตนเองไร้ค่า

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

5. การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่างๆ หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ การเงิน วัตถุ และสิ่งของ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่า แม้จะมีการแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมโดยนักทฤษฎีหลายๆคนก็ตาม แต่ยังมีคล้ายคลึงกันในชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่พบได้จากนักทฤษฎีเกือบทุกราย คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สำหรับความแตกต่างนั้นพบได้ในชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ ในด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า และการสนับสนุนทางสังคมของไวส์ ในด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ซึ่งไม่พบในการสนับสนุนทางสังคมของนักทฤษฎีคนอื่นๆ ซึ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมแต่ละชนิดมีหน้าที่แตกต่างกัน และชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมนั้นอยู่ภายใต้เงื่อนไข 3 อย่าง คือ สถานการณ์ เวลาที่ต้องการการสนับสนุนและแหล่งสนับสนุนของบุคคล ซึ่งจาคอบสัน (Jacobson.) กล่าวว่า บุคคลต้องการการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆแตกต่างกันในเวลา และสถานการณ์ความเครียดแตกต่างกัน เช่น ในภาวะวิกฤตบุคคลต้องการการสนับสนุนทาง

อารมณ์มากที่สุด ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลง การสนับสนุนทางความคิด สถิติปัญญาสำคัญที่สุด และใน ภาวะที่เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ การสนับสนุนที่มีประโยชน์ คือ การ สนับสนุนด้านวัตถุดิบของ

เนื่องจากความสัมพันธ์ของมนุษย์มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างหนึ่ง การสนับสนุนทางสังคมมี องค์ประกอบหลายมิติซึ่งมีผู้สนใจศึกษาอย่างกว้างขวาง อันได้แก่ องค์ประกอบด้านโครงสร้าง การทำ หน้าที่ และความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ โดยส่วนโครงสร้างหรือเครือข่ายทางสังคม หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม จะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่มีการติดต่อช่วย เหลือซึ่งกันและกัน โดยแต่ละองค์ประกอบอาจมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน หรือส่งผลเสริมซึ่งกันและ กัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทของแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งโดยปกติจัดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มสังคม ปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้านกับกลุ่มทุติยภูมิซึ่งได้แก่ กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่ม สังคมอื่นๆ

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่แบ่งโดยแบรนด์ และไวเนอร์ท (Brandt and Weinert) เนื่องจากมีความครอบคลุมในด้านต่างๆที่ผู้สูงอายุควรได้รับ และ มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละด้านอย่างชัดเจน

4.3 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (พิมพ์พรณ กิตติวงศ์ภักดี. 2547: 40 – 41; อ้างอิงจาก บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528: 584) กล่าวถึงหลักการสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย องค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคม
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้นจะต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่ามีคนสนใจเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีต่อตนอย่างจริงจัง
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับรู้สึกว่ามีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับใน สังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและ สามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้
3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่ต้องการ คือการมีสุขภาพดี

4.4 ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

สำหรับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุนั้นจะมีความคล้ายคลึง และสอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่อยู่ในวัยอื่น แต่มีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์เป็น 3 ระดับ คือ (สิริสุดา ชาวคำเขต; และคนอื่นๆ. 2545; 25)

1. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบ (subsystem) เป็นความสัมพันธ์หรือการพึ่งพาระหว่างผู้สูงอายุและสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิต ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลหรือสิ่งอื่นที่ไม่ใช่บุคคลก็ได้ เช่น สัตว์เลี้ยง สิ่งของ เป็นต้น

2. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบ (system) เป็นความสัมพันธ์หรือการพึ่งพาระหว่างผู้สูงอายุกับกลุ่มองค์กร ทั้งกลุ่มเล็ก และกลุ่มใหญ่ ได้แก่ ครอบครัวและชุมชน

3. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นเหนือระบบ(suprasystem) เป็นความสัมพันธ์หรือการพึ่งพาระหว่างผู้สูงอายุกับระบบแรงสนับสนุนทางสังคม ในบริบทของชุมชนขนาดใหญ่ ได้แก่ หน่วยงานบริการทางสังคม หรือโครงการให้บริการในชุมชน

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

4.5 กลไกของการสนับสนุนทางสังคม

ลู่ หง (Lu Hong. 2000 : 13 – 14) ได้รวบรวมกลไกของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้ ไดมอนด์ และโจนส์ (Diamond and Jones.) ได้สรุปตามสมมติฐาน ซึ่งมีพื้นฐานจากการศึกษาในเรื่องของการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และความเจ็บป่วย ผลการศึกษา คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงกับสุขภาพ การที่ได้รับหรือไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความเป็นความตายได้

2. การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวกลางในการต่อต้านผลจากความเครียดสูงได้ กล่าวคือ มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีความสำคัญมาก

3. การสนับสนุนทางสังคมมีผลในการประนีประนอม กล่าวคือ มีการกระตุ้นการพัฒนาวิธีการจัดการความเครียดและส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งและมีความเข้าใจมากขึ้น ความสามารถทางสังคมจะสามารถอธิบายการหายจากการเจ็บป่วยได้

4. การขาดการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผลกระทบจากเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตรุนแรงขึ้น

เฮาส์ (House.) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยส่งเสริมหรือต่อต้านผล ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพจากการที่ไม่ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง 3 วิธี ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมสามารถเพิ่มสุขภาวะที่ดีได้โดยตรง เพราะมีความสำคัญต่อความต้องการของมนุษย์ในด้านอารมณ์ เครื่องมือในการช่วยเหลือ ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินโดยเฉพาะในระหว่างช่วงการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ ให้ผลทางบวกในการสนับสนุนด้านสุขภาพ หรือชดเชยผลของการเปลี่ยนแปลงในทางลบได้

2. การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดระดับของการปรับตัวที่ไม่ดีได้หลายวิธี ดังนั้นจึงเป็นการพัฒนาสุขภาพได้โดยตรง เช่น ลดความตึงเครียดระหว่างบุคคล ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ความพอใจและประเมินตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้อง

3. การสนับสนุนทางสังคมสามารถป้องกันผลร้ายจากภาวะวิกฤต และการเปลี่ยนแปลง และช่วยในการพัฒนาความสามารถในการปรับตัวในช่วงการเปลี่ยนแปลงของชีวิต

สรุปคือ หน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยยกระดับของสุขภาพ ลดแรงกดดัน และป้องกันบุคคลจากผลของการเปลี่ยนแปลงชีวิตในหลายด้านด้วยกลไกหลายอย่าง กล่าวคือการสนับสนุนทางสังคมเป็นพลังในการจัดการภาวะการปรับตัวที่ไม่ดีจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตนั่นเอง

4.6 ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม

แนวความคิดของการสนับสนุนทางสังคมมีหลากหลาย มีทั้งความแตกต่างและคล้ายคลึงกัน ในการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อสุขภาพ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถปรับแก้ไขความเครียดได้ดีขึ้น ช่วยให้ผู้บุคคลเกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤต นอกจากนี้เพนเดอร์ (Pender.) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญ 3 ประการ คือ (สรินดา น้อยสุข. 2545: 23)

4.6.1 เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ลดภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน

4.6.2 ส่งเสริมภาวะสุขภาพ ช่วยให้มีความแข็งแรงที่เอื้ออำนวยต่อการมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตเต็มที่

4.6.3 เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย และช่วยให้บุคคลปรับพฤติกรรมเพื่อผ่อนคลายระดับของอันตราย หรือความเครียดที่ประสบอยู่ เมื่อมีปัญหาทางด้านจิตใจจะสามารถปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจดีขึ้น

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

4.7 การสนับสนุนทางสังคมในวัฒนธรรมต่างๆ

วาลเฟรย์ (Valfre, M. M.. 2001: 188) พบว่า มีผู้สูงอายุมากกว่า 95% ที่อาศัยอยู่นอกครอบครัว เช่น สถานดูแลผู้สูงอายุ ยกเว้นผู้สูงอายุที่อายุ 85 ปี ขึ้นไป ซึ่งมีประมาณ 20% ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวมีมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี ยังอาศัยอยู่กับครอบครัวพร้อมคู่ชีวิตและมีจำนวนมากที่อาศัยอยู่คนเดียว

- ประเพณีของครอบครัวชาวเกาหลี บุตรชายคนแรกซึ่งเป็นผู้ที่จะสืบทอดการเป็นหัวหน้าครอบครัวและจะได้รับทรัพย์สมบัติส่วนใหญ่จะต้องเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุในครอบครัว

- ประเพณีของชาวญี่ปุ่น บุตรชายที่มีอายุมากที่สุดหรือบุตรที่ยังไม่แต่งงานในครอบครัว ต้องเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

- ประเพณีชาวอเมริกันพื้นเมือง (Native Americans) จะยกย่องผู้สูงอายุ เพราะถือว่าหัวหน้าเผ่าพันธุ์ต้องมีประสบการณ์และความรู้มากมายก่อนที่จะได้มาเป็นหัวหน้า ครอบครัวชาวอเมริกันพื้นเมืองเป็นครอบครัวใหญ่ ครอบครัวขยาย ทุกคนในครอบครัวมีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

- ประเพณีครอบครัวชาวจีนจะตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุ ผู้ที่มีอายุมากที่สุดในครอบครัวจะได้รับการยอมรับและเชื่อฟัง และการตัดสินใจต่างๆต้องได้รับความเห็นชอบจากสมาชิกในครอบครัว

- ประเพณีชาวอัฟริกัน – อเมริกัน มีแหล่งสนับสนุนใหญ่ที่ให้การช่วยเหลือและดูแลความทุกข์สบายแก่ผู้สูงอายุ

- ชาวอเมริกันเชื้อสายสเปน (Hispanic – American) ผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่กับบุตรที่แต่งงานแล้ว

4.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ

เพ็ญศรี แก้วเวฬุ (2544 : ออนไลน์) ได้ศึกษาเรื่อง ผู้สูงอายุกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในชุมชนอำเภอสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงระดับของการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอสุโขทัย-ลก จำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ การสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม ผลการศึกษาปรากฏว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก พิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าอยู่ในระดับปานกลาง ด้านสิ่งของ เงินทอง แรงงาน และบริการทางการแพทย์ อยู่ในระดับค่อนข้างมาก และด้านข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำอยู่ในระดับปานกลาง

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

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

สมหมาย จันถิ (2538 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง “การลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค โดยใช้การสนับสนุนทางสังคม” โดยมีจุดประสงค์ที่จะทดลองความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชราร้านบางแค ด้วยการใช้การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงจำนวน 48 คน ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นจากประชากร 91 คน ตามช่วงอายุ 60 – 69 ปี, 70 – 79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป และแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน กลุ่มควบคุม 24 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ทำการทดลองกับกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มด้วยการให้การสนับสนุนด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวม 11 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 14 ชั่วโมงต่อคน ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง นำแบบสอบถามวัดความซึมเศร้า The CES-D Scale ของ

Radloff, L.S. มาวัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังการทดลองมาหาค่าทางสถิติ โดยใช้ t-test และ Analysis of variance ได้ผลการทดลองดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมมีผลในการลดความซึมเศร้าของกลุ่มทดลองได้แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกัน มีความซึมเศร้าลดลงไม่แตกต่างกัน

ทิพากร ปัญญาใหญ่; วัชนี หัตถพนม; และ ละเอียด ปัญญาใหญ่ (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 แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้และค่าใช้จ่าย ลักษณะครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว งานอดิเรก ภารกิจประจำวัน การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม โรคประจำตัว และจำนวนครั้งที่มาติดต่อกับโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิวรรณา ดันศิริ (2535 : 399) ได้ศึกษา “ผลการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาระนาเวศน์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา” พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์สามารถลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้

องอาจ สิทธิเจริญชัย; ชรินทร์ เจริญกุล; และ ปัญญาวัฒน์ สันติเวช (2540: 175) ศึกษาคุณภาพของผู้สูงอายุไทย : กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพาสนับสนุนจากลูกหลานมากขึ้น ส่วนทางด้านสังคมมีลูกหลานเป็นเครือข่ายหลัก ในส่วนขององค์กรชุมชน มีการสนับสนุนและสัมพันธ์กันไม่มากนัก

บัณฑิต เคียงธนสมบัติ (2547 : บทคัดย่อ) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม การมีกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและการมีกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต

อัมพร โอตระกูล; และคนอื่นๆ (2536 : 169) ศึกษาความชุกของความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เขตเมือง (ดินแดง) และเขตชนบท (อำเภอ บรรพตพิสัย) พบว่า ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เขตเมืองมีร้อยละ 38 และในเขตชนบทพบความซึมเศร้าร้อยละ 67.4 ซึ่งจากการที่ผู้สูงอายุในเขตชนบทซึมเศร้านอกจากนี้ในเขตเมืองนั้น เข้าใจว่าเนื่องจากเขตเมืองมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในชุมชนและสังคมสิ่งแวดล้อมในเขตเมืองมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าที่เขตชนบท

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

อารยา จิยะจันทร์ (2535 : 34) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่ออารมณ์เศร้าของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 4 บางเขน กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีอารมณ์เศร้ามลดลงมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับข้อเสนอแนะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

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

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

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

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

อ็อกซ์แมน; และคนอื่นๆ (Oxman, T.E.; et al.1992 : 356-368) ได้ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อทดสอบผลของลักษณะเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป จำนวน 1,962 คน จากสถาบันนิวเฮฟเวน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่เคยมีภาวะซึมเศร้าและไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เมื่อปี 1982 แต่ได้รับการรักษาจนดีขึ้นแล้วเมื่อปี 1985 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางอารมณ์ที่เพียงพอ เช่น การมีเด็กมาเยี่ยมทุกสัปดาห์ มีคนใกล้ชิดสนิทสนมมีผลต่อการหายของภาวะซึมเศร้าและเป็นปัจจัยที่สำคัญมาก

ปรินซ์; และคนอื่นๆ (Prince, M. J.; et al. 1997 : 323-332) ได้ศึกษาเรื่องการขาดการสนับสนุนทางสังคม ความโดดเดี่ยว และเหตุการณ์ในชีวิตเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์ในชีวิต โดยการสำรวจผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปี ขึ้นไป ในลอนดอน ประเทศอังกฤษ พบว่า ภาวะซึมเศร้าและจำนวนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตที่ผ่านมา เช่น การเจ็บป่วย ฆ่าตัวตาย และการถูกขโมย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่พบบ่อยที่สุดมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ส่วนจำนวนของการขาดการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ระดับสูง ซึ่งจำนวนของการขาดการสนับสนุนทางสังคมขึ้นอยู่กับอายุ ความบกพร่องทางกาย ความโดดเดี่ยว และการใช้บริการของสถานรับดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความโดดเดี่ยวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากที่สุด

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

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

จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า นั่นคือการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าทางลบ

5.2 การทำนายภาวะซึมเศร้าจากตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม

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

บารคาร์ ฮูซัยนี (Baqar Husaini. 1997: online) ศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุผิวขาวกับผิวดำมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน แต่ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับการสนับสนุนทางสังคม

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. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุเพศชาย-หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอเมือง และเขตชนบท จังหวัดเพชรบูรณ์

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง และเขตชนบท จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 340 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ตอน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ
2. แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
3. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และเขตภูมิลำเนา

2. แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีเนื้อหาครอบคลุมอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ ความรู้สึก ด้านการคิด และพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความซึมเศร้าใน

ผู้สูงอายุไทย (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	ท่านรู้สึกว่ท่านนอนไม่ค่อยหลับในเวลากลางคืน		
00	ท่านรู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง		

เกณฑ์การให้คะแนน

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

การแปลผล ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ) คะแนน 0 – 12 คะแนน

มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 13 – 18 คะแนน

มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนน 19 – 24 คะแนน

มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง คะแนน 25 – 30 คะแนน

การหาคุณภาพแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย(TGDS) ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองได้มีการหาคุณภาพเครื่องมือไว้แล้ว โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.93 ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้มาหาค่าความเชื่อมั่นอีกครั้งหนึ่ง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

3. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีวิธีดำเนินการสร้างเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย และวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ

2. รวบรวมความรู้และแนวคิดจากเอกสารสร้างเป็นแบบวัดให้มีเนื้อหาครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน คือ ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่างๆ จำนวน 40 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วน

ประมาณค่า 5 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ไม่แน่ใจ ไม่จริง และไม่จริงที่สุด ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่แสดงระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุตามความเป็นจริง

กำหนดคะแนนข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก ดังนี้

คะแนน 1 หมายถึง ไม่จริงที่สุด

คะแนน 2 หมายถึง ไม่จริง

คะแนน 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ

คะแนน 4 หมายถึง จริง

คะแนน 5 หมายถึง จริงที่สุด

สำหรับข้อคำถามในทางลบ คะแนนที่ให้จะตรงกันข้ามกับข้อคำถามทางบวก
คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 35 – 175 คะแนน รายด้านอยู่ระหว่าง 6 – 40 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนรวม 35 – 62 คะแนน และคะแนนรายด้าน 6 – 12 คะแนน แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมาก

ผู้ที่ได้คะแนนรวม 63 – 90 คะแนน และคะแนนรายด้าน 13 – 19 คะแนน แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ผู้ที่ได้คะแนนรวม 91 – 118 คะแนน และคะแนนรายด้าน 20 – 26 คะแนน แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

ผู้ที่ได้คะแนนรวม 119 – 146 คะแนน และคะแนนรายด้าน 27 – 33 คะแนน แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

ผู้ที่ได้คะแนนรวม 147 – 175 คะแนน และคะแนนรายด้าน 34 – 40 คะแนน แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมาก

ตัวอย่าง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน

ข้อที่	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0	ท่านรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวของท่าน					

ตัวอย่าง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ข้อที่	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0	ท่านไม่อยากพูดคุยกับคนรอบข้าง					

ตัวอย่าง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น

ข้อที่	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0	ท่านมีโอกาสน้อยมากในชีวิตที่จะให้ความช่วยเหลือดูแลคนรอบข้าง					

ตัวอย่าง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า

ข้อที่	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0	ท่านรู้สึกว่าคุณรอบข้างนิยมชมชอบในตัวท่าน					

ตัวอย่าง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

ข้อที่	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0	ถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือ คนรอบข้างยินดีช่วยเหลือท่าน					

การหาคุณภาพแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

1. การหาความเที่ยงตรง(Validity)โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ พันเอกเอนกวิช เต็มบุญเกียรติ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชวลี แยมวงษ์ และอาจารย์โสภณ แสงอ่อน ตรวจสอบความเหมาะสมทางด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ในข้อคำถามให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้

2. การหาค่าอำนาจจำแนก(Discrimination) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน ที่ ต.นาป่า อ.เมือง จ.เพชรบูรณ์ แล้วนำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม โดยใช้สูตรของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ทำให้ได้ข้อคำถามที่ใช้เก็บข้อมูลในการวิจัย จำนวน 35 ข้อ จากจำนวนทั้งหมด 40 ข้อ

3. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราด ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์ด้วยตนเอง มีการดำเนินการวิจัยตามลำดับดังต่อไปนี้

1. เข้าพบผู้ใหญ่บ้านในแต่ละหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอเมือง และเขตชนบทเพื่อขอความร่วมมือในการชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตในการทำงานวิจัย
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง
3. แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและอธิบายรายละเอียดของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง
4. เริ่มทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามที่เตรียมไว้หลังจากการพูดคุยสร้างความคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน ตุลาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2549
5. ผู้วิจัยรวบรวมตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของแบบสอบถามทั้งหมด ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ สถานภาพสมรส เขตภูมิลำเนา และระดับการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) ด้านอายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง 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
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 จังหวัดเพชรบูรณ์

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ เมื่อ จำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เขตภูมิอำเภอ และระดับการ สนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมทั้ง 5 ด้าน และรายด้าน กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้าน ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาสเอื้อ ประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และด้านการได้รับความช่วยเหลือใน ด้านต่างๆ สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้อย่างน้อย 1 ด้าน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอย พหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบเพิ่มตัวแปรทีละตัว (Stepwise)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และเขตภูมิอำนา

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	109	32.1
หญิง	231	67.9
รวม	340	100
2. อายุ		
60 – 65 ปี	76	22.4
66 – 70 ปี	97	28.5
71 – 75 ปี	93	27.4
มากกว่า 76 ปีขึ้นไป	74	21.8
รวม	340	100
3. สถานภาพสมรส		
คู่	168	49.4
ไม่มีคู่ (โสด หม้าย/หย่า)	172	50.6
รวม	340	100
4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	85	25.0
ประถมศึกษา	243	71.5
มัธยมศึกษา	12	3.5
รวม	340	100

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
5. อาชีพ		
เกษตรกรรม	129	37.9
รับจ้าง	17	5.0
ค้าขาย	51	15.0
รับราชการ	7	2.1
ว่างงาน	136	40
รวม	340	100
6. เขตภูมิลำเนา		
อำเภอเมือง	170	50.0
ชนบท	170	50.0
รวม	340	100

จากตาราง 5 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษามีจำนวนทั้งหมด 340 คน เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 67.9 และเป็นเพศชาย จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 32.1

ในด้านอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีช่วงอายุ 66 – 70 ปี จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 28.5 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 71 – 75 ปี จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 27.4 และกลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ อายุมากกว่า 76 ปีขึ้นไป จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 21.8

ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสไม่มีคู่ (โสด หม้าย/หย่า) จำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 50.6 และสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 49.4

ด้านระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบประถมศึกษา จำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 71.5 รองลงมา คือ ไม่ได้เรียน จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 และจบระดับมัธยมศึกษา น้อยที่สุด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.5

ด้านอาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ว่างงาน จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมา คือ อาชีพเกษตรกรรม จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 37.9 และอาชีพรับราชการน้อยที่สุด จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.1

ด้านเขตภูมิลำเนา พบว่า ผู้สูงอายุมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จำนวน 170 คน คิดเป็น ร้อยละ 50.0 และเขตชนบท จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0

ตอนที่ 2 ระดับภาวะซึมเศร้า และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัด เพชรบูรณ์

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

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์มาเทียบกับ เกณฑ์ข้างต้น พบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าระดับต่างๆกันตามตาราง 6 ดังนี้

ตาราง 6 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า

ระดับภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	S.D.	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)	9.19	2.38	163	47.9
เล็กน้อย	14.85	1.51	151	44.4
ปานกลาง	19.90	1.30	21	6.2
รุนแรง	26.60	1.81	5	1.5
รวม			340	100

จากตาราง 6 พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ระดับ ภาวะซึมเศร้าปกติ) จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 47.9

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มรวมทั้งหมดเทียบกับเกณฑ์ พบว่าผู้สูงอายุ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ) ซึ่งแสดงผลในตาราง 7

ตาราง 7 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์กลุ่มรวม

N	$\bar{X}$	S.D.	ระดับภาวะซึมเศร้า
340	12.62	4.23	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)

เมื่อวิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ในกลุ่มย่อย โดยจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา ปรากฏผลตามตาราง 8

ตาราง 8 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S.D.	ระดับภาวะซึมเศร้า
1. เพศ				
ชาย	109	12.29	4.40	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
หญิง	231	12.78	4.15	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
2. อายุ				
60 – 65 ปี	76	11.25	4.01	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
66 – 70 ปี	97	12.64	3.92	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
71 – 75 ปี	93	13.61	4.79	ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
มากกว่า 75 ปี ขึ้นไป	74	12.77	3.78	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
3. สถานภาพสมรส				
คู่	168	12.23	3.76	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
ไม่มีคู่ (โสด หม้าย/หย่า)	172	13.00	4.62	ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
4. ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	85	13.50	5.16	ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
ประถมศึกษา	243	12.44	3.83	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
มัธยมศึกษา	12	10.00	3.16	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)

ตาราง 8 (ต่อ)

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S.D.	ระดับภาวะซึมเศร้า
5. อาชีพ				
เกษตรกรรวม	129	12.20	3.90	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
รับจ้าง	17	13.58	2.52	ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
ค้าขาย	51	11.84	4.15	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
รับราชการ	7	13.00	4.16	ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
ว่างงาน	136	13.16	4.66	ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
6. เขตภูมิลำเนา				
อำเภอเมือง	170	12.78	4.31	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
ชนบท	170	12.46	4.16	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
7. การสนับสนุนทางสังคม				
ต่ำ	144	13.92	4.73	ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
สูง	196	11.66	3.53	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)

จากตาราง 8 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 71 – 75 ปี สถานภาพสมรสไม่มีคู่ (โสด หม้าย/หย่า) ระดับการศึกษาไม่ได้เรียน อาชีพรับจ้าง รับราชการ ว่างงาน และได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ส่วนผู้สูงอายุในกลุ่มย่อยอื่นๆไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)

2.2 การสนับสนุนทางสังคม

เกณฑ์การประเมินระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	คะแนนรวม (35-175)	คะแนนรายด้าน (6-40)
ต่ำมาก	35 – 62	6 – 12
ต่ำ	63 – 90	13 – 19
ปานกลาง	91 – 118	20 – 26
สูง	119 – 146	27 – 33
สูงมาก	147 – 175	34 – 40

เมื่อวิเคราะห์จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม ได้ผลตามตาราง

9

ตาราง 9 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
รวม 5 ด้าน		
ต่ำมาก	-	-
ต่ำ	6	1.8
ปานกลาง	99	29.1
สูง	235	69.1
สูงมาก	-	-
	340	100
ด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน		
ต่ำมาก	-	-
ต่ำ	25	7.4
ปานกลาง	220	64.7
สูง	95	27.9
สูงมาก	-	-
	340	100
ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม		
ต่ำมาก	-	-
ต่ำ	14	4.1
ปานกลาง	174	51.2
สูง	152	44.7
สูงมาก	-	-
	340	100

ตาราง 9 (ต่อ)

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น		
ต่ำมาก	1	0.3
ต่ำ	8	2.4
ปานกลาง	198	58.2
สูง	132	38.8
สูงมาก	1	0.3
	340	100
ด้านที่ 4 การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า		
ต่ำมาก	-	-
ต่ำ	3	0.9
ปานกลาง	97	28.5
สูง	235	69.1
สูงมาก	5	1.5
	340	100
ด้านที่ 5 การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ		
ต่ำมาก	-	-
ต่ำ	16	4.7
ปานกลาง	200	58.8
สูง	124	36.5
สูงมาก	-	-
	340	100

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มรวมทั้งหมดเทียบกับเกณฑ์ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน ดังแสดงผลในตาราง 10

ตาราง 10 ระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
รวม 5 ด้าน	340	121.24	10.04	สูง
ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน	340	24.73	3.17	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	340	25.56	2.66	ปานกลาง
ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น	340	25.63	2.82	ปานกลาง
ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า	340	27.68	3.02	สูง
ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ	340	25.07	2.70	ปานกลาง

จากตาราง 9 – 10 แสดงว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมรวม 5 ด้าน อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 69.1) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่าอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 69.1) ส่วนระดับการสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน (ร้อยละ 64.7) ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (ร้อยละ 51.2) ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น (ร้อยละ 58.2) และด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ (ร้อยละ 58.8) จัดอยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ เมื่อจำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เขตภูมิลำเนา และระดับการสนับสนุนทางสังคม

3.1 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามตัวแปรเพศ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย

ตาราง 11 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามตัวแปรเพศ

เพศ	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ชาย	109	12.29	4.40	-0.987	.162
หญิง	231	12.78	4.15		

จากตาราง 11 พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

3.2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามตัวแปรอายุ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ตาราง 12 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ ตามตัวแปรอายุ

อายุ	N	$\bar{X}$	S.D.
60 – 65 ปี	76	11.25	4.01
66 – 70 ปี	97	12.64	3.92
71 – 75 ปี	93	13.61	4.79
มากกว่า 76 ปีขึ้นไป	74	12.77	3.78

ตาราง 13 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามตัวแปรอายุ

แหล่งของ ความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	236.03	78.67	4.53*	.004
ภายในกลุ่ม	336	5835.78	17.36		
รวม	339	6071.81			

*p < .05

จากตาราง 13 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 จึงนำผลการวิเคราะห์ไปตรวจสอบหาความแตกต่างเป็นรายคู่ เพื่อเปรียบเทียบช่วงอายุที่แตกต่างกันว่ามีคู่ใดบ้างที่มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน โดยใช้วิธี Least Significant Difference (LSD) ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันเป็นรายคู่

ช่วงอายุ		60 – 65 ปี	66 – 70 ปี	มากกว่า 76 ปีขึ้นไป	71 – 75 ปี
	$\bar{X}$	11.25	12.64	12.77	13.61
60 – 65 ปี	11.25	-	1.38*	1.52*	2.36*
66 – 70 ปี	12.64		-	.13	.97
มากกว่า 76 ปีขึ้นไป	12.77			-	.84
71 – 75 ปี	13.61				-

* $p < .05$

จากตาราง 14 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงอายุ 60 – 65 ปี มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มช่วงอายุอื่นทุกกลุ่ม ส่วนผู้สูงอายุในช่วงอายุคู่อื่นๆมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

3.3 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามตัวแปรสถานภาพสมรส เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าไม่มีคู่ (โสด หม้าย/หย่า)

ตาราง 15 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามตัวแปรสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p
คู่	168	12.23	3.76	-1.690*	.046
ไม่มีคู่ (โสด หม้าย/หย่า)	172	13.00	4.62		

* $p < .05$

จากตาราง 15 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าไม่มีคู่ (โสด หม้าย/หย่า) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

3.4 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ตาราง 16 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ ตามตัวแปรระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	N	$\bar{X}$	S.D.
ไม่ได้เรียน	85	13.50	5.16
ประถมศึกษา	243	12.44	3.83
มัธยมศึกษา	12	10.00	3.16

ตาราง 17 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา

แหล่งของ ความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	156.56	78.28	4.46*	.012
ภายในกลุ่ม	337	5915.25	17.55		
รวม	339	6071.81			

*p < .05

จากตาราง 17 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 จึงนำผลการวิเคราะห์ไปตรวจสอบหาค่าความแตกต่างเป็นรายคู่ เพื่อเปรียบเทียบระดับการศึกษาที่แตกต่างกันว่ามีคู่ใดบ้างที่มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน โดยใช้วิธี Least Significant Difference (LSD) ดังแสดงในตาราง 18

ตาราง 18 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันเป็นรายคู่

ระดับการศึกษา		มัธยมศึกษา	ประถมศึกษา	ไม่ได้เรียน
	$\bar{X}$	10.00	12.44	13.50
มัธยมศึกษา	10.00	-	2.44*	3.50*
ประถมศึกษา	12.44		-	1.06*
ไม่ได้เรียน	13.50			-

* $p < .05$

จากตาราง 18 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า

3.5 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามตัวแปรอาชีพ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ตาราง 19 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ ตามตัวแปรอาชีพ

อาชีพ	N	$\bar{X}$	S.D.
เกษตรกรรม	129	12.20	3.90
รับจ้าง	17	13.58	2.52
ค้าขาย	51	11.84	4.15
รับราชการ	7	13.00	4.16
ว่างงาน	136	13.16	4.66

ตาราง 20 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามตัวแปรอาชีพ

แหล่งของ ความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	110.49	27.62	1.55	.187
ภายในกลุ่ม	335	5961.32	17.79		
รวม	339	6071.81			

จากตาราง 20 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกร รับจ้าง ค้าขาย รับราชการ และว่างงานมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5

3.6 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามตัวแปรเขตภูมิลำเนา เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท

ตาราง 21 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามตัวแปรเขตภูมิลำเนา

เขตภูมิลำเนา	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p
เขตอำเภอเมือง	170	12.78	4.31	.691	.245
เขตชนบท	170	12.46	4.16		

จากตาราง 21 พบว่า ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองและผู้สูงอายุในเขตชนบทมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6

3.7 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามตัวแปรระดับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ตาราง 22 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามตัวแปร
การสนับสนุนทางสังคม

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ต่ำ	144	13.92	4.73	5.026*	.000
สูง	196	11.66	3.53		

*p < .05

จากตาราง 22 พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า
ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ
สมมติฐานข้อที่ 7

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมทั้ง 5 ด้าน
และรายด้าน กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 8 ที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านกับภาวะซึมเศร้ามี
ความสัมพันธ์กันทางลบ

ตาราง 23 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน
กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์

	การสนับสนุน ทางสังคม โดยรวม	ด้านความ ใกล้ชิด	ด้านการมี ส่วนร่วม	ด้านการมี ประโยชน์	ด้านความ มีคุณค่า	ด้านการ ได้รับความ ช่วยเหลือ	ภาวะ ซึมเศร้า
การสนับสนุนทาง สังคมโดยรวม	1	.81**	.73**	.49**	.84**	.75**	-.41**
ด้านความใกล้ชิด		1	.53**	.21**	.58**	.49**	-.37**
ด้านการมีส่วนร่วม			1	.28**	.47**	.41**	-.34**
ด้านการมีประโยชน์				1	.31**	.16**	-.03
ด้านความมีคุณค่า					1	.64**	-.36**
ด้านการได้รับความช่วยเหลือ						1	-.32**
ภาวะซึมเศร้า							1

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 23 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนในการสนับสนุนทางสังคมรายด้านไม่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยส่วนใหญ่จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8

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

การศึกษากการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน เพื่อทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 8 ที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านที่ 4 การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า ด้านที่ 5 การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้

ตาราง 24 แสดงตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านที่ทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์

ตัวแปรทำนาย	b	β	t	หมายเหตุ
1. ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน	-.220	-.165	-2.559	R = .452
2. การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	-.330	-.208	-3.498	R ² = .204 R ² Change = .013
3. การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า	-.287	-.204	-3.249	F Change = 21.491***
4. การมีโอกาเสื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น	-.185	.124	2.383	
constant = 29.688				

*** p < .001

จากตาราง 24 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อค้นหาตัวแปรทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน (ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกา

เอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ) พบว่า ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านที่สำคัญในการเข้าสู่สมการเพื่อทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ มี 4 ด้าน คือ ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 บางส่วน

ตัวแปรทำนายอันดับแรก que เข้าสู่สมการคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ตัวแปรทำนายอันดับที่ 2 คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ตัวแปรทำนายอันดับที่ 3 คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และตัวแปรทำนายอันดับที่ 4 คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ซึ่งตัวแปรทำนายทั้ง 4 ด้าน สามารถรวมทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยทำนายได้ร้อยละ 20.4 โดยอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นจากการใช้ตัวทำนายสามตัวแรกร้อยละ 1.3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .124 ($p < .001$) โดยตัวแปรทำนายอันดับแรก มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ -.165 ($p < .001$) ตัวแปรทำนายอันดับที่ 2 มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ -.208 ($p < .001$) และตัวแปรทำนายอันดับที่ 3 มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ -.204 ($p < .001$)

ซึ่งสามารถเขียนสมการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ ดังนี้

สมการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = 29.688 - .220\text{sup1} - .330\text{sup2} - .287\text{sup4} + .185\text{sup3}$$

สมการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = -.165\text{sup1} - .208\text{sup2} - .204\text{sup4} + .124\text{sup3}$$

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เขตภูมิอำเภอ และระดับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์
4. เพื่อศึกษาตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าไม่มีคู่
4. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท
7. ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ
8. การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันทางลบ
9. การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านที่ 4 การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า ด้านที่ 5 การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในจังหวัดเพชรบูรณ์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง และเขตชนบท จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 340 คน ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

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

ตอนที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ

ตอนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบ่งเป็น 5 ด้าน จำนวน 35 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ สถานภาพสมรส เขตภูมิอำเภอ และระดับการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) ด้านอายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)
5. ทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จากตัวแปรทำนายการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และด้านการได้รับความ

ช่วยเหลือในด้านต่างๆ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบเพิ่มตัวแปรทีละตัว (Stepwise)

สรุปผลการศึกษา

1. ผลจากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษามีจำนวนทั้งหมด 340 คน เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 67.9 และเป็นเพศชาย จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 32.1

1.2 ด้านอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีช่วงอายุ 66 – 70 ปี จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 28.5 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 71 – 75 ปี จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 27.4 และกลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ อายุมากกว่า 76 ปีขึ้นไป จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 21.8

1.3 ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสไม่มีคู่ (โสด หม้าย/หย่า) จำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 50.6 และสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 49.4

1.4 ด้านระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบประถมศึกษา จำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 71.5 รองลงมา คือ ไม่ได้เรียน จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 และจบระดับมัธยมศึกษาชั้นน้อยที่สุด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.5

1.5 ด้านอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุว่างงาน จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมา คือ อาชีพเกษตรกรรม จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 37.9 และอาชีพข้าราชการบำนาญน้อยที่สุด จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.1

1.6 ด้านเขตมูลำเนา พบว่า ผู้สูงอายุมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 และเขตชนบท จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0

2. ผลจากการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ) คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.62 คิดเป็นร้อยละ 47.9

3. ผลจากการศึกษาระดับของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้าน

3.1 การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 121.24 คิดเป็นร้อยละ 69.1

3.2 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพันอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.73 คิดเป็นร้อยละ 64.7

3.3 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.56 คิดเป็นร้อยละ 51.2

3.4 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.63 คิดเป็นร้อยละ 58.2

3.5 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 4 การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่าอยู่ในระดับสูง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.68 คิดเป็นร้อยละ 69.1

3.6 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 5 การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.02 คิดเป็นร้อยละ 58.8

4. ผลจากการศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ ตามตัวแปรชีวสังคม

4.1 ผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุเพศหญิงมีระดับภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

4.2 ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุแตกต่างกันมีระดับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงอายุ 60 – 65 ปี มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มช่วงอายุอื่นทุกกลุ่ม ส่วนผู้สูงอายุในช่วงอายุคู่อื่นๆมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

4.3 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าไม่มีคู่ (โสด หม้าย/หย่า) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

4.4 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีระดับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า

4.5 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง ค้าขาย ข้าราชการบำนาญ และว่างงานมีระดับภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5

4.6 ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองและผู้สูงอายุในเขตชนบทมีระดับภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6

5. ผลจากการศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ ตามตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7

6. ผลจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านกับภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมกับรายด้าน

6.1 การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7

6.2 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6.3 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6.4 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

6.5 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 4 การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6.6 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 5 การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

7. ผลจากการศึกษาตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านที่สำคัญในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ มี 4 ด้าน คือ ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น โดยตัวแปรทั้ง 4 ด้าน ร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 20.4 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8

อภิปรายผล

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ สามารถแบ่งการอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ระดับของภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดเพชรบูรณ์พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.9) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ) ($\bar{X} = 12.62$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชาญกัญญา ดันดีลีปกร (2547: 68) ศึกษาภาวะซึมเศร้า ความจำ สมรรถภาพสมอง และคุณภาพชีวิตของข้าราชการเกษียณในกรุงเทพมหานคร พบว่า ภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ และในการศึกษาของศิริรัตน์ วิจิตตระกูลถาวร (2545 : ๑) ศึกษาเรื่องความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ส่วนการศึกษาของ อิงใจ จันทมูล (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความทุกข์ของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า อัตราความทุกข์ของโรคซึมเศร้ามีร้อยละ 2.4 สอดคล้องกับการศึกษาของดารณศ เกษไชย; และคนอื่นๆ (2544: 6) ได้ทำการศึกษาความทุกข์ของภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุไทยในกรุงเทพมหานคร พบว่า มีความทุกข์ของภาวะซึมเศร้ามียก 2.56 และการศึกษาของวันเพ็ญ เซาว์เชิง และกระเศ พรหมดี (2544 : บทคัดย่อ) ที่ได้ทำการศึกษาอัตราความทุกข์ของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไป และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุมีความทุกข์ของภาวะซึมเศร้ามียก 3.28 จากงานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าในวัยผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่จะไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ) จนถึงมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ส่วนผลการวิจัยที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในจังหวัดเพชรบูรณ์ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ) เนื่องมาจากผู้สูงอายุได้รับการปฏิบัติเป็นอย่างดีจากสมาชิกในครอบครัวและนอกครอบครัว การได้หยิบจับทำงานเล็กๆน้อยๆ รวมถึงการได้อยู่ในสภาพแวดล้อมธรรมชาติที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า

2. ระดับการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.1) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 121.24$) และเมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 4 ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่าอยู่ในระดับสูง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.68 คิดเป็นร้อยละ 69.1 และการสนับสนุนทางสังคมอีก 4 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านที่ 1 ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.73 ด้านที่ 2 ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.56 ด้านที่ 3 ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.63 และด้านที่ 5 ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.02 คิดเป็นร้อยละ 64.7, 51.2, 58.2 และ 58.8 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดีจากลูกหลาน ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ สรินดา น้อยสุข (2545 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกจิตเวช พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับสูง ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ร้อยละ 58.15 ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ร้อยละ 63.33 ด้านการได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตัวเอง ร้อยละ 60.74 ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ร้อยละ 62.96 ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น ร้อยละ 63.70 และด้านการได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำด้านต่างๆ ร้อยละ 59.63 และการศึกษาของ พรสุวรรณ จารุพันธ์ (2547 : 223) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และการศึกษาของ สกุลรัตน์ เตียววานิช (2545: ง) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจในบทบาทการดูแลเด็ก การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกของผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี แก้วเวฬุ (2544: ออนไลน์) ได้ศึกษาเรื่อง ผู้สูงอายุกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในชุมชนอำเภอสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก พิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าอยู่ในระดับปานกลาง ด้านสิ่งของ เงินทอง แรงงาน และบริการทางการแพทย์ อยู่ในระดับค่อนข้างมาก และด้านข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลจากการวิจัยที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง และรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางนั้น ผู้วิจัยเห็นว่าเนื่องมาจากลักษณะของสังคมไทยที่ถูกปลูกฝังมาตั้งแต่อดีตเกี่ยวกับเรื่องการอบรมเลี้ยงดูเด็กให้รู้จักดูแล รัก และเคารพผู้อาวุโส และในสังคมของผู้ที่อาศัยอยู่ในต่างจังหวัดนั้นลักษณะครอบครัวก็ยังคงเป็นครอบครัวขยาย ซึ่งสมาชิกในครอบครัวและเครือญาติก็อาศัยอยู่ใกล้เคียงกัน เวลามีปัญหาหรือกิจกรรมต่างๆ ก็สามารถช่วยเหลือกันได้ และแม้ว่าจะอยู่ห่างไกลกันก็ยังคงมีการไปมาหาสู่กันตามโอกาสต่างๆ มีการติดตามถามข่าวกันอย่างสม่ำเสมอ

3. ปัจจัยทางชีวิสังคมกับภาวะซึมเศร้า

3.1 เพศกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 อาจเนื่องมาจากในภาวะซึมเศร้านั้นสามารถพบกับบุคคลทุกเพศทุกวัย แต่ในวัยผู้สูงอายุอาจจะเป็นนานและมีความรุนแรงกว่าในวัยอื่น สอดคล้องกับ

การศึกษาของ ทิพากร ปัญญาใหญ่; วัชนี หัตถพนม; และละเอียด ปัญญาใหญ่ (2539: ออนไลน์) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า และการศึกษาของ สกุลรัตน์ เตียววานิช (2545: ง) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจใน บทบาทการดูแลเด็ก การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกของผู้สูงอายุเขต กรุงเทพมหานคร พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยเห็นว่าการที่ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันนั้น อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุทั้งสองเพศต่างก็ต้องเจอกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นตามวัย ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงของสภาพร่างกาย การสูญเสียบุคคลหรือสิ่งอันเป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทั้งในด้านครอบครัวและหน้าที่การงาน ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ตนเองไม่มีคุณค่า ต้องเป็นภาระของคนอื่นจนทำให้เกิดเป็นความซึมเศร้าได้

3.2 ช่วงอายุกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงอายุ 60 – 65 ปี มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงอายุอื่นทุกกลุ่ม จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีระดับภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า อาจเนื่องมาจากการที่ สภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่อายุมากมีความเสื่อมถอยไปตามกาลเวลา บางคนมีโรคประจำตัว บางคนพิการ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เหมือนตอนที่อายุน้อยกว่า ประกอบกับการที่ไม่มี ลูกหลานคอยดูแลให้ความช่วยเหลืออยู่ใกล้ๆ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อิงใจ จันทมูล (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า อายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ อับดุลฮาลิม (เกริกชัย พิชัย. 2546 : 30; อ้างอิงจาก อับดุลฮาลิม. 1991.) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชนบท อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการ เกิดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า และในการศึกษาของ นันทิกา ทวิชาชาติ; และคนอื่นๆ (2535: 195-203) ได้ทำการศึกษา ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดอุทัยธานี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร และในเขตจังหวัดอุทัยธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่อายุเพิ่มขึ้นมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย

3.3 สถานภาพสมรสกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าไม่มีคู่ (โสด หม้าย/หย่า) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 จากผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดา มีศิริ (2540 : ข) ที่ได้ทำการศึกษาความว่าเหวของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีความว่าเหวแตกต่างกัน โดยที่ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า แยก มีค่าเฉลี่ยคะแนนความว่าเหวมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ และการศึกษาของ อิงใจ จันทมูล (2539 : บทคัดย่อ) ที่ได้ทำการศึกษาความทุกข์ของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า สถานภาพสมรสหย่า-หม้าย มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการศึกษาของ กัลยา แซ่เอี้ยว (2539 : บทคัดย่อ) ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยทางชีวิตสังคมที่พบร่วมกับอารมณ์เศร้าของสตรีที่มารับบริการที่คลินิกวัยหมดประจำเดือนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ผู้มีสถานภาพหม้าย หย่า แยกกันอยู่ จะมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดร้อยละ 41.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ มาโนช ทับมณี (2541 : ง) ที่ศึกษาเรื่องความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแบบอยู่คนเดียว จากการที่มีคู่สมรสเสียชีวิต หย่าร้าง แยกกันอยู่ และเป็นโสด มีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าสถานภาพสมรสไม่มีคู่ (โสด หม้าย/หย่า) ผู้วิจัยเห็นว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีคู่สมรสที่เป็นบุคคลใกล้ชิดในการช่วยเหลือให้มีการปรับตัวที่ดีในด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีที่พึ่ง มีคนดูแลเอาใจใส่ จึงทำให้มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่ ซึ่งต่างจากผู้สูงอายุที่ขาดคู่สมรสไม่ว่าจะด้วยการเป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่กับคู่สมรส จะมีความรู้สึกเหงา ว่าเหว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการขาดคู่ครองหมายถึง การขาดคู่คิด คู่ใจ และขาดที่ปรึกษา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่ครองจะมีความกังวลใจในเรื่องการขาดคนดูแลยามเจ็บป่วยด้วย

3.4 ระดับการศึกษากับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาไม่ได้เรียนมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอื่นทุกกลุ่ม แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ อิงใจ จันทมูล (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความทุกข์ของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การไม่ได้รับการศึกษามีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ เพ็ญศรี หลินศุวนนท์ (2543 : ง) ที่ทำการศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรวงเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร พบว่า ความซึมเศร้าของ

ผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ เกริกชัย พิชัย (2546 : ง) ได้ศึกษาความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ การศึกษาต่ำมีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และในการศึกษาของ นันทิกา ทวิชาชาติ; และคนอื่นๆ (2535: 195-203) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุ: เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดอุทัยธานี พบว่า ในด้านการศึกษาความ ซึมเศร้ามากในผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าเนื่องมาจากผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมักจะรู้สึก ว่าตนเองมีความด้อยกว่าบุคคลอื่น ไม่มีวิชาความรู้ที่จะสามารถนำมาประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มา ใช้จ่ายได้อย่างพอเพียงในครอบครัว และกลัวว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ผู้สูงอายุเหล่านี้จึงมัก แยกตัวออกจากสังคมและมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า

3.5 อาชีพกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 แต่ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณิ เจริญ วิศิษฐ์ และนาฏยา เอื้องไพโรจน์ (2539 : 45) ที่ศึกษาเรื่องเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและความว่าเหว ของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท ในภาคเหนือตอนบน พบว่า ในการประกอบอาชีพปัจจุบัน ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพและที่ประกอบอาชีพมีความว่าเหวไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะในวัย ผู้สูงอายุถือว่ามิสสถานภาพอยู่ในวัยเกษียณจากงานแล้ว ฉะนั้นแม้บางคนยังคงมีงานทำประจำก็เป็น เพียงเล็กน้อยๆ ไม่ใช่งานหลัก จึงไม่พบความแตกต่างในเรื่องนี้ และในการศึกษาของ เกริกชัย พิชัย (2546 : ง) ได้ศึกษาเรื่องความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าการทำงานไม่ว่าจะเป็น การทำงานเล็กน้อยๆภายในบ้านที่ตนพักอาศัย เป็นที่ปรึกษาหารือ หรือการช่วยเหลือญาติบุตรหลาน หรือทำงานนอกบ้านจะช่วยให้กิจกรรมในชีวิต หรือการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมีความหลากหลาย ไม่ จำเจ ไม่น่าเบื่อหน่าย และทำให้ผู้สูงอายุยังรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ มีความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถพึ่งพาตนเองได้ หรือเป็นที่พึ่งของลูกหลาน และมีบทบาทในทางครอบครัวและสังคมด้วย

3.6 เขตภูมิภานากับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองและผู้สูงอายุในเขตชนบทมีภาวะ ซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 แต่ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษา ของ สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์ และนาฏยา เอื้องไพโรจน์ (2539 : ข) ที่ศึกษาเรื่องเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ และความว่าเหวของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท ในภาคเหนือตอนบน พบว่า ความว่าเหวของ

ผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท ไม่มีความแตกต่างกัน และจากการค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรเขตภูมิลำนากับภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยพบว่าผู้สนใจทำการศึกษาในเรื่องนี้น้อย จึงมีงานวิจัยมาสนับสนุนตัวแปรดังกล่าวน้อย เพราะส่วนใหญ่พบว่าผู้วิจัยท่านอื่นสนใจศึกษาเฉพาะในภาพรวมทั้งจังหวัดเท่านั้น และจากผลการศึกษาที่ไม่พบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุตามตัวแปรเขตภูมิลำนานั้น อาจเนื่องมาจากจังหวัดเพชรบูรณ์ถือว่าเป็นจังหวัดที่มีความเจริญเข้าถึงไม่มาก และด้วยสภาพภูมิประเทศจึงเอื้อให้ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ดังนั้นจึงไม่ค่อยมีความแตกต่างทางด้านสภาพแวดล้อมระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท

4. การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 และจากผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ เร็ตตี (เกริกชัย พิชัย. 2546: 30; อ้างอิงจาก เร็ตตี. 1991.) ศึกษาเรื่องความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในผู้สูงอายุเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวน้อย จะมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวมาก ซึ่งจากผลการวิจัยที่พบแสดงให้เห็นว่าการที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หรือการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นจะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 นั่นคือ หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ หรือหากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ เร็ตตี (เกริกชัย พิชัย. 2546: 30; อ้างอิงจาก เร็ตตี. 1991.) ที่ได้ศึกษาเรื่องความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในผู้สูงอายุเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวน้อย จะมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวมาก และในการศึกษาของ สุมาลี ว่องเจริญกุล (2540: ง) ที่ศึกษาเรื่องเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายและได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความเป็นอยู่ที่ดีมีความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน และการศึกษาในต่างประเทศของ บาร์คาร์ ฮุซัยนี (Baqar Husaini. 1997: online) ศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุผิวขาวกับผิวดำมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน แต่

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับการสนับสนุนทางสังคม จากผลการวิจัยดังกล่าวอาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในต่างจังหวัดมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย มีเครือญาติอาศัยอยู่ใกล้ๆกัน ผู้สูงอายุจึงได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและนอกครอบครัวเป็นอย่างดี ซึ่งจากการศึกษาของ สุมาลี ว่องเจริญกุล พบว่าเครือข่ายทางสังคมที่อยู่ใกล้ชิดและมีบทบาทในการสนับสนุนมากที่สุดคือ สมาชิกในครอบครัว รองลงมาคือ เครือญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และสมาชิกในชุมชน ตามลำดับ การที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าน้อย

6. การทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ผลจากการศึกษาตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9 โดยมีตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านที่ 4 การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น โดยตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 20.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ ลักษณะมีบุญธรรม (2540 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาเรื่องอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมคือตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 41.01 ส่วนการศึกษาของสุจิตรา นิลเลิศ (2539: ข) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยในชนบท จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า เมื่อมีการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยการที่ผู้สูงอายุได้รับการอุปถัมภ์จากบุตร ตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ มีเพียง 6 ตัวแปร โดยมีความสำคัญตามลำดับคือ การให้ความเคารพยกย่อง การสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน/วัด รายได้(เงินทองและสิ่งของ) การยอมรับความคิดเห็นของผู้สูงอายุ การยอมรับและให้อภัยเมื่อผู้สูงอายุทำผิดพลาด การให้เวลาเอาใจใส่พูดคุยด้วย ซึ่งตัวแปรเหล่านี้ทุกตัวมีอิทธิพลหรือมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในทางบวก และตัวแปรทั้ง 6 ตัว ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนความมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 45.1 ซึ่งจัดว่าอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของพรสุวรรณ จารุพันธ์ (2547: 223) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท พบว่า แรงสนับสนุนสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 38 ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ วิลเลียม; โจเอล; และ คัลเลน (William; Joel; & Cullen. 1992: online) ศึกษาการวิเคราะห์ตัวแปรซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ผู้ที่มีรายได้ต่ำ และการรับรู้การ

สนับสนุนทางสังคม พบว่า ตัวทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายภาวะซึมเศร้า คือ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และพบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งอาจนำไปสู่การสูญเสียหน้าที่ได้ จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นบุตรหลาน ญาติพี่น้อง หรือผู้ที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุ รวมทั้งองค์กรต่างๆทั้งของรัฐและเอกชน ควรมีการสนับสนุนความช่วยเหลือ ชี้นำถึงข้อมูลต่างๆที่เหมาะสมเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ตลอดจนการให้ความช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอในสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจและสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น

2. ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีความใกล้ชิดและดูแลผู้สูงอายุจะได้มีโอกาสรับทราบถึงความต้องการ ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เพื่อจะได้ให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง

3. จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพันสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้มากที่สุด ผู้วิจัยเห็นควรว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ ควรที่จะดูแล ให้ความรักความเอาใจใส่กับผู้สูงอายุมากๆ แม้ว่าจะไม่ได้อยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุก็ควรมีการติดต่อกับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ และไปมาหาสู่ผู้สูงอายุเมื่อมีโอกาส ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าน้อยลงได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการศึกษา ผู้วิจัยพบว่ายังมีตัวแปรอื่นๆที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนั้นควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆเพิ่มเติม เช่น บุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย การมีโรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้ แหล่งรายได้ เป็นต้น

2. ควรศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อยู่ในจังหวัดอื่นๆ และภาคอื่นๆ ทั้งเขตเมืองและเขตชนบท เพราะผู้วิจัยพบว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าภายในจังหวัดของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทยังมีน้อย และเพื่อให้สามารถเป็นตัวแทนประชากรผู้สูงอายุไทย

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมลสิน สัตตรา. (2537). *ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาคลินิก). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. (2548). *ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดเพชรบูรณ์*. สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2548, จาก <http://www.tat.or.th/thai/province.php?province=15>
- กรมประชาสัมพันธ์. (2536). *รายงานการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เรื่องศูนย์บริการผู้สูงอายุ : ชุมชนควรมีส่วนร่วมอย่างไร ระหว่าง 1 – 2 ธันวาคม 2536 ณ โรงแรมรอยัลปริ้นเซส*. กรุงเทพฯ: หน่วยสาธาณสุข กรมฯ.
- กัลยา แซ่เอี้ยว. (2539). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่พบบ่อยกับอารมณ์เศร้าของสตรีที่มารับบริการที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตเวชศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- กัลยา นาคเพ็ชร; และคนอื่นๆ. (2542). *จิตวิทยาพัฒนาการ*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. ถ่ายเอกสาร.
- เกริกชัย พิชัย. (2546). *ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขภาพจิต). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- จันทร์เพ็ญ เนียมอินทร์. (2539). *สุขภาพจิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ชาญกัญญา ดันดีลีปกร. (2547, กรกฎาคม-ธันวาคม). *การศึกษาภาวะซึมเศร้า ความจำ สมรรถภาพสมอง และคุณภาพชีวิตของข้าราชการเกษียณในกรุงเทพมหานคร*. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*. 35(2): 68-77.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์; และคนอื่นๆ. (2531). *สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดารณศ เกษไชย; และคนอื่นๆ. (2544, กันยายน-ธันวาคม). *การศึกษาความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุไทยในกรุงเทพมหานคร*. *วารสารโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา*. 1(3): 6-15.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้ารักษาหายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ*. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.

- ทิพากร ปัญญาใหญ่, วัชนี หัตถพนม และละเอียด ปัญญาใหญ่. (2539). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น*. สืบค้นเมื่อ 26 มีนาคม 2548, จาก <http://dmh.go.th/Abstract/details.asp?id=2343>
- ทองอยู่ แก้วไทรฮะ. (2528). *ผู้สูงอายุในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ.
- ธวัชชัย ลิฬหานาจ. (2545). ภาวะซึมเศร้าในชายวัยทอง. ใน *Problem Practice Promotion Prevention Postphone Productivity*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ธิดา มีศิริ. (2540). *การศึกษาความว่าเหวของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมือง สุรินทร์*. วิทยานิพนธ์ (พย.ม.). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. สืบค้นเมื่อ 24 มกราคม 2550, จาก <http://www.riclib.nrct.go.th/abs/old/t99737.pdf>
- นิพนธ์ พงาวรินทร์; และคนอื่นๆ. (2537). แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. *สารศิริราช*. 46(1): 5 – 11.
- นิลุบล รุจิระประเสริฐ. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นันทิกา ทวีชาชาติ; และคนอื่นๆ. (2535). การศึกษาความสัมพันธ์ทางจิต-สังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*. 35(4): 195 -203.
- บัณฑิต เคียงธนสมบัติ. (2547). *การสนับสนุนทางสังคม การมีกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ*. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- บริบูรณ์ พรพิบูลย์. (2542). *โลกยามชรา ไฟส่องทางเพื่อคุณภาพชีวิต*. กรุงเทพฯ: เบลโล่การพิมพ์.
- ประภาส จิตตาศิริวัตร. (2544, มกราคม-มีนาคม). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลสวนแตง อำเภอละแม จังหวัดชุมพร เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วม และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม*. 24(1) : 99.
- พิมพ์พรณ กิตติวงศ์ภักดี. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม*. ปรินิพนธ์ วศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- เพ็ญแข ประจันปัจฉิม. (2534). การศึกษากลุ่มประชากรผู้สูงอายุ. ใน *ประมวลบทความผลงานทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- เพ็ญศรี แก้วเวฬุ. (2544). ผู้สูงอายุกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในชุมชนอำเภอสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส. วิทยานิพนธ์ ศม. (พัฒนาลังคม). กรุงเทพฯ: โครงการสหวิทยาการระดับบัณฑิตศึกษา. สืบค้นเมื่อ 13 มิถุนายน 2548, จาก <http://www.riclib.nrct.go.th/abs/t129978.pdf>
- เพ็ญศรี หลินสุวรรณ์. (2543). การศึกษาความเข้มแข็งของผู้สูงอายุแขวงเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (ประชากรศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พรสุวรรณ จารุพันธ์. (2547, กันยายน-ธันวาคม). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*. 10(3): 223 – 234.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์; ศิริวรรณ ศิริบุญ; และ อัจฉรา เอ็นท์. (2541). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแล ให้บริการและกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิช ทับมณี. (2541). ความเข้มแข็งและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาคลินิก). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นเมื่อ 24 มกราคม 2550, จาก <http://www.riclib.nrct.go.th/abs/old/t92031.pdf>
- รวีวรรณ ลิ้มสวัสดิ์กุล. (2547). การศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าห่วย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2547). การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาและอุปสรรคและอื่นๆ. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ลักษมี บุญธรรม. (2540). อัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2550, จาก <http://www.riclib.nrct.go.th/abs/old/t87426.pdf>

- วาทีณี บุญชะลิกษี; และ ยุพิน วรสิริอมร. (2542). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับกับผู้สูงอายุ. ใน
จุดเปลี่ยนนโยบายประชากร. กุศล สุนทรธาดา. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ
วิจัย.
- วันเพ็ญ เซาร์เชิง; และ กรเศศ พรหมดี. (2544). การศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะ
ซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไป และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
ในจังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: โรงพยาบาลนครราชสีมา. สืบค้นเมื่อ 24 มกราคม
2550, จาก <http://www.riclib.nrct.go.th/abs/old/t132359.pdf>
- ศิริพร จิรวินนกุล. (2546). ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาล
จิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์วิทยาลัย.
- ศิริรัตน์ วิจิตตระกุลถาวร. (2545). ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมใน
ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ). เชียงใหม่: บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ศรัทธม ธนะภูมิ. (2535). พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- ศรียรรณา ตันศิริ. (2535). ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
(สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2540). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2 วัยรุ่น-วัยสูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 7.
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สรินดา น้อยสุข. (2545). การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกจิตเวช.
วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- สกุลรัตน์ เตียววานิช. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจในบทบาทการ
ดูแลเด็ก การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกของผู้สูงอายุเขต
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
ถ่ายเอกสาร.
- สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. (2536). ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต.
ปริญญาานิพนธ์ กศ.ด. (พัฒนศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- สายยนต์ เจริญจำ. (2535). *ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มแข็งของผู้สูงอายุในเขตชนบท: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในเขตอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สิริสุดา ชาวคำเขต; และคนอื่นๆ. (2545). *สิทธิและสวัสดิการของผู้สูงอายุ*. ใน *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ยุทธินทร์การพิมพ์.
- สิริหทัย มุลวนิชย์. (2541). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ชีวพยาบาล กรุงเทพมหานคร.ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาการแนะแนว)*. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุรกุล เจนอบรม. (2541). *วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: นิชนแอตเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.
- สุมาลี ว่องเจริญกุล. (2540). *เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ ศค.ม. (มานุษยวิทยาประยุกต์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2550, จาก <http://www.riclib.nrct.go.th/abs/old/t89430.pdf>
- สุจิตรา นิลเลิศ. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยในชนบท จังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ ปช.ด. (ประชากรศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.ถ่ายเอกสาร.
- สุพรรณิ เตรียมวิศิษฐ์; และนาฏยา เคื่องไพโรจน์. (2539). *เปรียบเทียบภาวะสุขภาพและความว่าเหวของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท ในภาคเหนือตอนบน*. รายงานการวิจัย. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2543). *อารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 15(1) : 23.
- สมภาพ เรืองตระกูล . (2543). *โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- สมหมาย จันถิ. (2538). *การลดความเข้มแข็งของผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคโดยใช้การสนับสนุนทางสังคม*. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- โสมสิริ รอดพิพัฒน์. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์*. ปริญญาานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

สรุทธิ สังข์ศรีมี; พิมพาภรณ์ สังข์ศรีมี; และ สุวรรณี เรืองเดช. (2540). *การศึกษาอารมณ์เศร้าในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา*. รายงานการวิจัย.

นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา. ถ่ายเอกสาร.

อารมณ์ วุฒิปุณฺณ. (2530). *การศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรรถพร ทองแดง. (2541). *สภะนำรู้เพื่อผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.

องอาจ สิทธิเจริญชัย; ชรินทร์ เจริญกุล; และปัญญาวัฒน์ สันติเวส. (2540). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย: กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคอีสาน*. 12(10) : 175.

อัญญา เอ็นท์; และ ปรียา รุ่งไธมาสกุล. (2541). *การศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลสุขภาพสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัมพร โอตระกูล; และคนอื่นๆ. (2536). ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท. *วารสารกรมการแพทย์*. 18(10): 196, 503-504.

อัสรา อารณ. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. ปรินิพนธ์ กศ.ม.(สุขภาพ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

อารยา จิยะจันทร์. (2535). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่ออารมณ์เศร้าของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 บางเขน กรุงเทพมหานคร*. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.

อิงใจ จันทมูล. (2539). *ความทุกข์ของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด*.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขภาพจิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้นเมื่อ 24 มกราคม 2550, จาก <http://www.riclib.nrct.go.th/abs/old/t87944.pdf>

Antonucci, Toni C. (1990). Social Supports and Social Relationship. In *Handbook of Aging and the Social Sciences*. 3rd ed. New York: 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.

- Baqar Husaini. (1997). *Depression Among the Elderly*. Retrieved April 7, 2005, from <http://www.hope.edu/academic/psychology/335/webrep2/depres2.html>.
- Blazer D. (1982). *Depression in Late Life*. St.Louis: Mosby.
- Brown DR.; Milburn NG.; & Gary LE. (1992). Symptoms of Depression among Older African-Americans. *An Analysis of Gender Differences, Gerontologist*. 32(6): 789.
- 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 Newyork: Tavistock.
- Hughes, R.N.; et al. (1993). *Depression Among the Elderly*. Retrieved April 7, 2005, from <http://www.hope.edu/academic/psychology/335/webrep2/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.
- Lemme, Babara Hansen. (1995). *Development in Adulthood*. Boston.
- 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. (1990). *Women and Depression*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Nolen Hocksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford. CA: Stanford University Press.
- Oxman, T. E.; et al. (1992). *Social Support and Depressive symptoms in the elderly*. Retrieved June 7, 2005, from <http://www.aje.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/135/4/356>.

- Prince, M. J.; et al. (1997). *Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI*. Retrieved June 7, 2005, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=Pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9089825.
- Roberts; et al. (1997). *Depression Among the Elderly*. Retrieved April 7, 2005, from <http://www.hope.edu/academic/psychology/335/webrep2/depres2.html>.
- Valfre, Michelle Morrison. (2001). *Foundation of Mental Health Care*. 2nd ed. USA: A.Harcourt sciences.
- William Lee Bothell; Joel Fischer; & Cullen Hayashidg. (1992). *Social Support and Depression Among Low Income Elderly*. Retrieved June 7, 2005, from <http://www.haworthpress.com/store/ArticleAbstract.asp?sid=8AV3DE2GOWH49H034PSG6LC4FUB1BSQ4&ID=7672>.

ภาคผนวก

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

แบบสอบถามเรื่อง “การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์” มีทั้งหมด 3 ตอน คือ

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- ตอนที่ 2 แบบวัดสภาวะทางอารมณ์ในผู้สูงอายุ
- ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่อง “การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์” เพื่อประกอบการทำสารนิพนธ์เท่านั้น ไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อและตอบตามความเป็นจริงของท่าน

ขอขอบพระคุณในการร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาวจินตนา เหลืองศิริเอียร
นิสิตปริญญาโท วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ () 60 – 65 ปี
 () 66 – 70 ปี
 () 71 – 75 ปี
 () มากกว่า 76 ปีขึ้นไป
3. สถานภาพสมรส
 () คู่
 () ไม่มีคู่ (โสด หม้าย/หย่า)
4. ระดับการศึกษา
 () ไม่ได้เรียน
 () ประถมศึกษา
 () มัธยมศึกษา
5. อาชีพ
 () เกษตรกรรม
 () รับจ้าง
 () ค้าขาย
 () รับราชการ
 () ว่างงาน
 () อื่นๆ
6. เขตภูมิภคณา
 () เขตอำเภอเมือง
 () เขตชนบท

ตอนที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

คำชี้แจง

โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา ให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

ให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

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

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
21	คุณรู้สึกกระตือรือร้น		
22	คุณรู้สึกสิ้นหวัง		
23	คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ		
24	คุณอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กๆน้อยๆอยู่เสมอ		
25	คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ		
26	คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน		
27	คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า		
28	คุณไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น		
29	คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว		
30	คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน		

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
คำตอบนี้จะไม่ถูกหรือผิด

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

ข้อ	คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
10.	ท่านไม่เคยร่วมกิจกรรมใดๆกับบุคคลรอบข้างหรือในชุมชน เพราะจะเป็นภาระผูกพันไม่จบสิ้น					
11.	ท่านจะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมตามวัย					
12.	ท่านมีความสุขกับการได้พบปะพูดคุยกับบุคคลรอบข้าง					
13.	ท่านรู้สึกว่าตนเองไม่มีส่วนสร้าง - สรรค์สังคมให้ดีขึ้น					
14.	ท่านและบุคคลรอบข้างร่วมมือกันเป็นอย่างดีในการทำกิจกรรม					
15.	<u>ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น</u> มีบุคคลรอบข้างขอคำปรึกษาในเรื่องต่างๆจากท่านเสมอ					
16.	ท่านเต็มใจให้ความช่วยเหลือ เมื่อมีคนมาขอความช่วยเหลือเสมอ					
17.	บุคคลรอบข้างทำให้ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีประโยชน์ต่อผู้อื่น					
18.	ท่านรู้สึกว่าหากขาดท่านแล้วงานบางอย่างไม่สามารถสำเร็จได้					
19.	ท่านทำสิ่งต่างๆที่คิดว่าเป็นประโยชน์ต่อบุคคลรอบข้าง เช่น งานฝีมือ					
20.	ท่านมีความสุขกับการช่วยเหลือบุคคลรอบข้าง					

ข้อ	คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
21.	<u>ด้านการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า</u> ท่านได้รับการชื่นชมหรือให้กำลังใจ เมื่อกระทำในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม					
22.	ในการทำกิจกรรมต่างๆท่านมักได้รับ เลือกให้เป็นผู้นำเสมอ					
23.	ท่านรู้สึกเป็นคนสำคัญในกลุ่มที่ท่าน อยู่					
24.	บุคคลรอบข้างให้อภัยท่านเสมอเมื่อ ท่านทำสิ่งที่ผิดพลาด					
25.	ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างไม่ให้ ความเคารพและดูแลท่าน					
26.	ท่านชอบทำอะไรเล็กๆน้อยๆเป็น พิเศษเพื่อแสดงว่าท่านยังมีประโยชน์ ต่อผู้อื่น					
27.	บุคคลรอบข้างไม่เคยเป็นกำลังใจให้ ท่านทำงานต่างๆจนประสบความสำเร็จเลย					
28.	บุคคลรอบข้างยอมรับความคิดเห็น ของท่าน					
29.	<u>ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้าน</u> <u>ต่างๆ</u> เมื่อท่านไม่สบายใจบุคคลรอบข้าง มักให้คำปรึกษาเสมอ					
30.	บุคคลรอบข้างช่วยเหลือท่านในด้าน การเงิน วัสดุสิ่งของ ในยามที่ท่าน ต้องการ					

ข้อ	คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
31.	ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากบุคคลรอบข้าง					
32.	เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพ ท่านต้องดูแลตนเองเพียงลำพัง					
33.	ท่านรู้สึกว่าคุณคนรอบข้างไม่เต็มใจช่วยเหลือเมื่อท่านได้รับความเดือดร้อน					
34.	ท่านรู้สึกว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยเป็นเรื่องไม่สำคัญ					
35.	ท่านได้รับข่าวสารในด้านต่างๆอย่างสม่ำเสมอ					

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาว จินตนา เหลืองศิริเธียร
วันเดือนปีเกิด	3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2524
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	18 ถ.พระพุทธบาท ต.ในเมือง อ.เมือง จ.เพชรบูรณ์ 67000
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2541	มัธยมศึกษา โรงเรียนวิทยานุกูลนารี จ.เพชรบูรณ์
พ.ศ. 2545	ปริญญาตรี มหาวิทยาลัยพายัพ จ.เชียงใหม่
พ.ศ. 2550	ปริญญาโท มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ