

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุชายในเรือนจำกลางบางขวาง

สารนิพนธ์
ของ
ธนิศา คุณวัฒน์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
พฤษภาคม 2550

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุชายในเรือนจำกลางบางขวาง

สารนิพนธ์
ของ
ธนิดา คุณวัฒน์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
พฤษภาคม 2550
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุชายในเรือนจำกลางบางขวาง

บทคัดย่อ

ของ

ธนิศา คุณวัฒน์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
พฤษภาคม 2550

ธนิศา คุณวัฒน์. (2550). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุชายในเรือนจำกลางบางขวาง : สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประณต คำจิณ.

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อ 1) เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุชายในเรือนจำบางขวาง 2) เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชายในเรือนจำกลางบางขวางที่มี สถานภาพสมรส กำหนดโทษที่ได้รับ ระยะเวลาที่ต้องโทษจำคุกมาแล้ว จำนวนครั้งของการลงโทษ และการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุชายในเรือนจำกลางบางขวาง และ 4) เพื่อศึกษาตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้ต้องขังชายในเรือนจำกลางบางขวาง ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงได้ผู้สูงอายุจำนวน 108 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าเอฟ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบเพิ่มตัวแปรทีละตัว

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุชายในเรือนจำกลางบางขวาง ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าเล็กน้อย (73%) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ (87%)
2. ผู้สูงอายุชายในเรือนจำกลางบางขวาง ที่มี สถานภาพสมรส กำหนดโทษที่ได้รับ ระยะเวลาที่ต้องโทษจำคุกมาแล้ว มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุชายในเรือนจำกลางบางขวาง ที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ต้องขังสูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ
4. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
5. ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มี 2 ตัวแปร คือ ด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพันและ ด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 35.4

THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT AND DEPRESSION
OF THE ELDERLY IN BANGKWANG PRISON

AN ABSTRACT
BY
THANITA KUNNAWAT

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

Thanita Kunnawat. (2007), "*The Relationship between Social Support and Depression of the Elderly in Bangkwang Prison*", Master's Project, M.Ed. (Developmental Psychology), Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University.
Project Advisor: Asst. Prof. Pranot Khaochim.

The purposes of this research were 1) to study the degree of depression and social support of the elderly in Bangkwang prison, 2) to compare the depression of the elderly in Bangkwang prison basis of marital status, specified terms, sort of punishment, and social support, 3) to study the relation between social support and depression of the elderly man in Bangkwang prison, 4) to identify the 5 social factors that accounted for the depression in the elderly. The sample in this study consisted of 108 elderly men who were more than 60 years old, held up in Bangkwang prison, and drawn by purposive sampling.

The instruments for collecting data were a general 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 percentage, mean, standard variation, 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. A low level of depression in the elderly (73%) and a low level of social support (87%) .
2. The elderly men, held up in Bangkwang prison, had different marital status, specified length, and sort of punishment, were not different in level of depression.
3. The elderly men who were held up in Bangkwang prison, with high level of social support had lower level of depression than that with low level of social support.
4. Social support was negatively related to depression at .01 level of significance .
5. Attachment, social integration, reassurance of worth and opportunity for nurturance could mutually and effectively predict depression of the elderly as much as 35.4% at .01 level of significance.

ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยดีเป็นเพราะผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประณต คำฉิม ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ และที่ปรึกษาสารนิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน ศาสตรภัทร และ รองศาสตราจารย์ ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร กรรมการควบคุมสารนิพนธ์ ท่านทั้งสามได้เสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อให้คำปรึกษาแนะนำในการจัดทำงานวิจัยนี้ทุกขั้นตอน อีกทั้งทำให้ผู้วิจัยได้รับประสบการณ์ในการทำงานวิจัยในชุมชน และรู้ถึงคุณค่าของงานวิจัยที่จะช่วยให้การทำงานในด้านการพัฒนาเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีคุณค่ามากขึ้น และท่านทั้งสามยังเป็นแบบฉบับของอาจารย์ที่ทุ่มเทให้กับศิษย์และงานด้านวิชาการอย่างไม่เหน็ดเหนื่อย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้แก่ผู้วิจัยในการศึกษาตามหลักสูตรจิตวิทยาพัฒนาการ ซึ่งความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้ผู้วิจัยจะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

ท้ายสุดผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ยาย พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนๆ และผู้เกี่ยวข้องทุกคน ที่อุทิศทั้งกำลังกายและกำลังใจที่ดีตลอดระยะเวลาที่ศึกษาและทำงานวิจัย

ธนิดา คุณวัฒน์

สารบัญ

บทที่

หน้า

1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง.....	1
	ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	3
	ความสำคัญของการวิจัย.....	4
	ขอบเขตของการวิจัย.....	4
	กรอบแนวคิด.....	9
	สมมุติฐานในการวิจัย.....	9
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
	เอกสารเกี่ยวกับเรือนจำกลางบางขวาง.....	11
	การแบ่งส่วนราชการ.....	11
	ภารกิจของเรือนจำบางขวาง.....	14
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ต้องขังสูงอายุในเรือนจำกลางบางขวาง.....	23
	เอกสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	25
	ความหมายของผู้สูงอายุ.....	25
	เกณฑ์การจำแนกผู้สูงอายุ.....	26
	การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ.....	27
	ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ.....	35
	ปัญหาของผู้สูงอายุ.....	38
	เอกสารเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	41
	ความหมายของภาวะซึมเศร้า.....	41
	ทฤษฎีของภาวะซึมเศร้า.....	41
	สาเหตุของภาวะซึมเศร้า.....	43
	ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า.....	46
	อาการของภาวะซึมเศร้า.....	47
	ระดับของภาวะซึมเศร้า.....	48
	การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า.....	49

สารบัญ (ต่อ)

บทที่

หน้า

2 (ต่อ)

การประเมินภาวะซึมเศร้า.....	51
เอกสารเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ.....	55
ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม.....	55
ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม.....	57
องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม.....	59
ระดับของการสนับสนุนทางสังคม.....	60
กลไกของการสนับสนุนทางสังคม.....	61
ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม.....	62
การสนับสนุนทางสังคมในวัฒนธรรมต่างๆ.....	62
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการสนับสนุนทางสังคม.....	63
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	63

3 วิธีดำเนินการวิจัย.....68

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	68
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	68
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	72
การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72

4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....74

สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76

5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....89

ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	89
สมมติฐานในการวิจัย.....	89

สารบัญ (ต่อ)

บทที่

หน้า

5 (ต่อ)

วิธีดำเนินการวิจัย.....	90
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	90
การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
สรุปผลการศึกษา.....	91
อภิปรายผล.....	93
ระดับของภาวะซึมเศร้า.....	93
ระดับการสนับสนุนทางสังคม.....	93
ปัจจัยทางชีวสังคมกับภาวะซึมเศร้า.....	94
ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า.....	95
การทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ.....	96
ข้อเสนอแนะ.....	97
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	97
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	97
บรรณานุกรม.....	98
ภาคผนวก.....	105
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย.....	106
ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์.....	115

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอารมณ์ผิดปกติ.....	43
2 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	47
3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ต้องขังสูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส กำหนดโทษที่ได้รับ ระยะเวลาที่จำคุกมาแล้ว และจำนวนครั้งของการลงโทษ.....	76
4 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ต้องขังสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าต่างกันจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า.....	77
5 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุกลุ่มรวม.....	78
6 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ จำแนกตามตัวแปรชีวสังคม.....	78
7 แสดงจำนวน และร้อยละของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านของผู้ต้องขังสูงอายุ.....	80
8 ระดับของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน ผู้ต้องขังสูงอายุ.....	82
9 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ ตามตัวแปรสถานภาพสมรส.....	83
10 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุจำแนกตามตัวแปร สถานภาพสมรส.....	83
11 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ ตามตัวแปรกำหนดโทษที่ได้รับ.....	84
12 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ จำแนกตามตัวแปรกำหนดโทษที่ได้รับ	84
13 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ จำแนกตามตัวแปรระยะเวลาที่ต้องโทษจำคุกมาแล้ว.....	85
14 แสดงการเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ จำแนกตามระยะเวลาที่ต้องโทษจำคุกมาแล้ว.....	85
15 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ จำแนกตามตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม.....	86

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง

หน้า

- 16 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและราย
 ด้าน กับ ภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ.....87
- 17 แสดงตัวแปรอิสระที่ทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุโดยใช้วิธีการ
 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นบันได.....88

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

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

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

จากสภาวะสังคมในปัจจุบันที่เป็นสังคมแห่งการแข่งขัน มุ่งเน้นแต่ความสำคัญทางด้านวัตถุ ผู้คนในสังคมจึงมักประสบกับปัญหาที่ต้องแก่งแย่ง แข่งขันกับตนเอง เวลา และผู้คนรอบข้างตลอดเวลา สิ่งเหล่านี้เป็นที่มาของความเครียดที่เกิดขึ้น และภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นภาวะของความเครียดอย่างหนึ่งจึงเป็นภาวะที่กำลังเกิดขึ้นกับคนทั่วไปในสังคม และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อยๆ โรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากปัจจัยรวมๆทางด้านจิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และชีวภาพ โรคซึมเศร้านี้มักเกิดตามหลังความผิด หรือการสูญเสียจากพราก เช่นบุคคลที่รักตายจาก คนรักตีจาก ความกดดันด้านสังคม การงาน การเงิน สภาพชีวิตที่โดดเดี่ยวว่าเหว่ ขาดความรักความอบอุ่น โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย โรคซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยที่ครอบคลุมผู้ป่วยควรให้ความเห็นใจ และจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาแต่เนิ่นๆ อาการของภาวะอารมณ์ซึมเศร้าคือ เบื่ออาหาร ผอมลง นอนไม่หลับ กระวนกระวาย หรือซึมๆ เหนื่อยๆ อ่อนเพลียง่าย รู้สึกผิด ไร้ค่า ขาดสมาธิ และในรายที่เป็นมากจะส่งผลให้รู้สึกเบื่อชีวิต คิดฆ่าตัวตายในที่สุด ผู้ที่สามารถเป็นโรคนี้ได้คือบุคคลทุกเพศ ทุกวัย และทุกอาชีพ ในปัจจุบันคนทั่วไปประมาณร้อยละ 20 มีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าได้ (ดวงใจ กสณตกุล.2548 : ออนไลน์) ด้วยเหตุดังกล่าวภาวะซึมเศร้านี้จึงเป็นโรคที่น่าจะให้ความสนใจเป็นอย่างมาก เพราะนอกจากภาวะซึมเศร้าจะเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยถึงขั้นฆ่าตัวตายแล้ว ยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถฆ่าผู้อื่นได้อีกด้วย

สำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้านี้อย่างมากคือ กลุ่มผู้สูงอายุ ปัญหาสภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งเกิดจากความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของสมองและประสาทลดลง มีผลกระทบต่อการทรงจำ เกิดอาการหลงลืม และความทรงจำย้อนกลับโดยสามารถจดจำเหตุการณ์ในอดีตได้แม่นยำกว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่สับสน นอกจากนั้นการสูญเสียในด้านต่างๆ ก็จะเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจด้วย เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส ญาติสนิท เพื่อน เสียชีวิต หรือบุตร หลานแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความซึมเศร้าได้ง่ายที่ต้องพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียสภาพทางสังคม เนื่องจากถึงวัยที่ต้องออกจากงาน หรือหมดภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ รู้สึกไร้คุณค่า ชีวิตไม่มีความหมาย ขาดเพื่อน ขาดรายได้และจะต้องพยายามปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากการสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากบุตร ธิดาได้แยกตัว

ออกไปสร้างครอบครัวใหม่ บทบาทในการให้คำปรึกษา อบรมสั่งสอนบุตร หลานก็ลดลง ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความว่าเหวรู้สึกว่ตนเองมีคุณค่าลดลง จากการไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศได้ ซึ่งนับว่าเป็นการสูญเสียทางจิตใจอย่างรุนแรง ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกาย เหตุผลทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีต่อเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้สูงอายุว่าเป็นเรื่องไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศได้ ทั้งที่ยังมีความต้องการอยู่ จากการเปลี่ยนแปลงตลอดจนการสูญเสียต่างๆของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้า ท้อแท้ หวาดระแวง ผิดหวัง วิตกกังวลตลอดเวลา และทำให้พบอาการทางจิตที่มักเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ คือ อาการซึมเศร้าสลับกับอาการคุ้มคลั่ง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร.2544:13-14)

นอกจากผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้่าดังที่กล่าวมาแล้วนั้น ยังมีผู้สูงอายุอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่ค่อยมีผู้ให้ความสำคัญมากนัก และเป็นกลุ่มที่น่าจะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะความซึมเศร้าเป็นอย่างมาก คือ ผู้สูงอายุที่กระทำผิด หรือผู้สูงอายุที่ต้องโทษอยู่ในเรือนจำนั่นเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ต้องขังสูงอายุที่อยู่ในเรือนจำบางขวาง ซึ่งถือได้ว่าเป็นเรือนจำที่มีความมั่นคงสูงสุด เนื่องจากเป็นสถานที่สำหรับควบคุมผู้ต้องขังชาย โดยรับผู้ต้องขังจากเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ ที่มีกำหนดโทษสูงตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จนถึงโทษประหารชีวิต ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ นอกจากจะเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับความเสื่อมโทรมของสภาพร่างกายตามธรรมชาติแล้วนั้น ยังเป็นกลุ่มที่ถูกจองจำ กักขัง ขาดอิสรภาพ ต้องใช้ชีวิตในช่วงบั้นปลายอยู่ในสถานที่ที่บุคคลภายนอกเรียกว่า “คุก” ซึ่งเป็นสถานที่สำหรับคนที่กระทำผิดกฎหมายบ้านเมือง การที่ต้องเข้าไปอยู่ในเรือนจำก็เป็นเสมือนตราประทับของตนเองว่าเป็นคนไม่ดี คนเหล่านี้จะรู้สึกผิดบาป รู้สึกผิดหวัง ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้สภาพแวดล้อมในเรือนจำที่ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การกินอยู่ หลับนอนที่ไม่สะดวกสบาย ไม่ถูกสุขลักษณะ การขาดคนดูแลเอาใจใส่ ในกลุ่มผู้สูงอายุ การจัดสภาวะแวดล้อมมีผลต่อการดำเนินชีวิตมากกว่าบุคคลวัยอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความสามารถในการควบคุมสภาวะแวดล้อมลดลง เช่น ความสามารถในการโยกย้ายที่อยู่อาศัยไปอยู่ในสถานที่ที่ไม่พึงปรารถนา การอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่มีความกดดัน ความเครียด โดยไม่สามารถควบคุมหรือปรับสภาพได้ จะก่อให้เกิดปัญหาและมีผลกระทบต่อกายภาพ สังคม และจิตใจกับผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร.2544 :24)

จากสาเหตุดังกล่าวกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ต้องโทษอยู่ในเรือนจำจึงเป็นกลุ่มที่น่าจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่าผู้สูงอายุทั่วไป การก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การขาดความกระตือรือร้น การพูดแบบเลื่อนลอยไร้ความหมาย ปัญหาในการเดินและการเคลื่อนไหว และอื่นๆ นักจิตวิทยาเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเหล่านี้เป็นผลมาจากการขาดการกระตุ้นขาดการสนับสนุน หรือไม่มีสิ่งจูงใจให้กระทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งหากปล่อยทิ้งไว้ โดยไม่มีการดำเนินการใดๆ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า

และแยกตัวในที่สุด (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร.2544:26) จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยต่างๆมากมายที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ ทั้งนี้คือด้านชีวสังคม ซึ่ง ได้แก่ สถานภาพสมรส ก่อนต้องโทษ การที่ผู้ต้องขังสูงอายุมีสถานภาพสมรสก่อนต้องโทษนั้น อาจจะทำให้เมื่อต้องมาอยู่ในเรือนจำแล้วนั้นมีคู่สมรสหรือบุตร หลานมาเยี่ยม ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าจะช่วยให้ผู้ต้องขัง คลายเหงา มีความสุข มีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น กำหนดโทษที่ผู้ต้องขังสูงอายุได้รับ การที่ผู้ต้องขังสูงอายุต้องได้รับโทษสูง โทษประหารชีวิตนั้น ย่อมจะมีผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ จำนวนครั้งที่เข้ามาอยู่ในเรือนจำ การที่ผู้ต้องขังต้องได้รับโทษเป็นครั้งแรกนั้นอาจจะมีผลต่อการปรับตัวจึงส่งผลไปถึงภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นได้ และระยะเวลาที่เข้ามาอยู่ในเรือนจำ เมื่อผู้สูงอายุมาอยู่ในเรือนจำแล้วในระยะเวลาหนึ่งน่าจะช่วยในเรื่องของการปรับตัวที่ดีขึ้นและน่าจะทำให้

ความเครียด ความซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่เข้ามาอยู่ในใหม่ และเนื่องจากเรือนจำกลางบางขวาง เป็นเรือนจำที่ใช้สำหรับควบคุมผู้ต้องขังเพศชายเท่านั้น ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำตัวแปรในเรื่องเพศมาศึกษาเปรียบเทียบกับ นอกจากนี้ปัจจัยที่สำคัญตัวหนึ่งที่มีส่วนช่วยลดการเกิดภาวะความซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นคือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุที่ได้รับความช่วยเหลือ ทั้งด้านจิตใจ ร่างกาย การให้ความรู้ข่าวสาร การช่วยเหลือด้านทรัพยากรที่เป็นวัตถุ การช่วยเหลือเพื่อการปรับพฤติกรรม การประสานกับกลุ่มญาติและเพื่อนฝูงเพื่อให้กลับมามีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน และรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมต่างๆ จะช่วยให้ปัญหาของผู้สูงอายุลดลง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร . 2544: 86)

จากสาเหตุดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยทางชีวสังคมและหาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ต้องขังสูงอายุได้รับ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุในเรือนจำกลางบางขวาง และคาดว่าผลการวิจัยที่ได้ คงจะเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ ดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในเรือนจำได้อย่างถูกต้องและเป็นการลดโอกาสที่จะเกิดภาวะความซึมเศร้ากับผู้สูงอายุเหล่านั้น ซึ่งถือได้ว่าเป็นการลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นในเรือนจำได้อีกด้วย

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้ากับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ต้องขังสูงอายุชายในเรือนจำกลางบางขวาง
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุที่มีสถานภาพสมรสก่อนต้องโทษ กำหนดโทษ ระยะเวลาที่จำคุกมาแล้ว จำนวนครั้งของการต้องโทษ และการสนับสนุนทางสังคม ที่แตกต่างกัน

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุชายในเรือนจำกลางบางขวาง
4. เพื่อศึกษาตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน

ความสำคัญของการวิจัย

1. เพื่อให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ
2. ทำให้ทราบถึงระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ ตลอดจนปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนช่วยเหลือผู้ต้องขังสูงอายุให้ได้รับการดูแล เอาใจใส่ และการบริการในด้านต่างๆ อย่างเหมาะสม

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ต้องขังสูงอายุในเรือนจำกลางบางขวาง และมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ต้องขังสูงอายุชายในเรือนจำกลางบางขวาง และมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 108 คน ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มตัวอย่างโดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

กรณีที่ 1 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ตามปัจจัยชีวิตสังคม

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. สถานภาพสมรส แบ่งเป็น

คู่

โสด

หม้าย/หย่า

2. กำหนดโทษที่ได้รับ แบ่งเป็น

จำคุกต่ำกว่า 30 ปี

จำคุก 30 - 59 ปี

จำคุกตั้งแต่ 60 ปี - จำคุกตลอดชีวิต

โทษประหารชีวิต

3. ระยะเวลาที่ต้องโทษจำคุกมาแล้ว แบ่งเป็น

น้อยกว่า 1 ปี

1-5 ปี

ตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป

4. จำนวนครั้งของการต้องโทษ

1 ครั้ง

2 ครั้ง

ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป

ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า

กรณีที่ 2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น

1. ต่ำ (น้อยกว่าค่าเฉลี่ย)

2. สูง (มากกว่าค่าเฉลี่ย)

ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า

กรณีที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม

กรณีที่ 4 ศึกษาตัวทำนายภาวะซึมเศร้า

ตัวแปรทำนาย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน

ตัวแปรเกณฑ์ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ต้องขังสูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุเพศชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและต้องโทษจำคุกในเรือนจำกลางบางขวาง
2. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสก่อนต้องโทษ ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โดยแบ่งเป็น

คู่

โสด

หม้าย/หย่า

3. กำหนดโทษที่ได้รับ หมายถึง กำหนดโทษที่กลุ่มตัวอย่างได้รับตามคำพิพากษาของศาล แบ่งเป็น
 - จำคุกต่ำกว่า 30 ปี
 - จำคุก 30 - 59 ปี
 - จำคุกตั้งแต่ 60 ปี - จำคุกตลอดชีวิต
 - โทษประหารชีวิต
4. ระยะเวลาที่ต้องโทษจำคุกมาแล้ว หมายถึง ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างเข้ามาอยู่ในเรือนจำจนถึงปัจจุบัน
 - น้อยกว่า 1 ปี
 - 1-5 ปี
 - ตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป
5. จำนวนครั้งที่ต้องโทษ
 - 1 ครั้ง
 - 2 ครั้ง
 - ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป

นิยามปฏิบัติการ

1. *ภาวะซึมเศร้า* หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ความรู้สึกด้านการรู้คิด ด้านพฤติกรรมที่แสดงออก
 - 1.1 ด้านอารมณ์ความรู้สึก เช่น เบื่อหน่าย ลึกลับ หวัง รู้สึกว่างเปล่า วิตกกังวล รู้สึกชีวิตไม่มีคุณค่า ขาดแรงจูงใจ ความพึงพอใจในชีวิตลดลง รู้สึกไม่มีที่พึ่ง ร้องไห้บ่อย อารมณ์เสียง่าย เศร้าใจ หดหู่กำลังใจ
 - 1.2 ด้านการรู้คิดเช่น รู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ กังวลกับชีวิตที่ผ่านมา ความจำไม่ดี คิดว่าคนอื่นดีกว่าตน ตัดสินใจช้า มองโลกในแง่ร้าย
 - 1.3 ด้านพฤติกรรมที่แสดงออก เช่น กระวนกระวาย กระสับกระส่าย เฉื่อยชา ไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น แยกตัวจากสังคม
- ระดับของภาวะซึมเศร้าจะประเมินโดยใช้ แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) จำนวน 30 ข้อ โดยผู้ที่ได้ คะแนน 0 -12 คะแนนถือว่าปกติ
- คะแนน 13 -18 ถือว่ามีความซึมเศร้าเล็กน้อย
 - คะแนน 19-24 ถือว่ามีความซึมเศร้าปานกลาง
 - คะแนน 25-30 ถือว่ามีความซึมเศร้ารุนแรง

2. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ในเรือนจำ สมาชิกในครอบครัว และระหว่างผู้ต้องขังคนอื่น ๆ ที่มีต่อผู้ต้องขังสูงอายุ ซึ่งการได้รับสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นมั่นคงมีค่า เกิดกำลังใจในการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้านดังรายละเอียดดังนี้

2.1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน หมายถึง การได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ ได้รับความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นที่รัก

2.2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสดำเนินกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก ข้อมูล ข่าวสาร ความหวังใจ ความเอื้ออาทรต่อกัน

2.3 การมีโอกาสนำเสนอประโยชน์ต่อผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการ และเป็นที่ยอมรับของผู้อื่นได้ มีการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน

2.4 ความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพนับถือ ยกย่องและชื่นชมความสามารถตามบทบาททางสังคม รวมถึงการให้อภัย ให้โอกาสในการปรับปรุงตนเอง

2.5 การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่างๆ หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ การเงิน วัตถุ และสิ่งของ

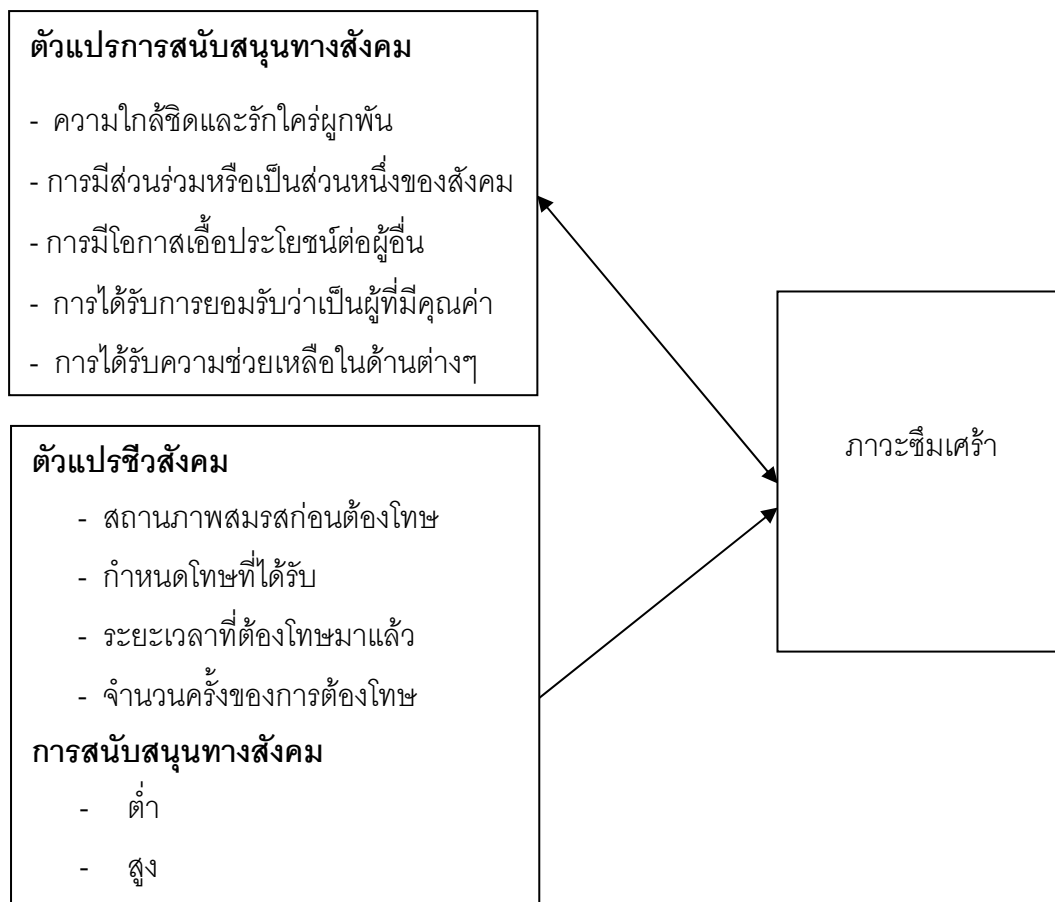
ระดับของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะประเมินโดยใช้ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแนวคิดของแบรนต์ และ ไวเนิร์ท แบบวัดนี้มีจำนวน 36 ข้อ ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ซึ่งมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 36-180 คะแนน และคะแนนรายด้านอยู่ระหว่าง 6 -40 คะแนนโดยผู้ที่ได้คะแนนรวม 36 – 64 และรายด้าน 6-12 คะแนน แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมาก ผู้ที่ได้คะแนนรวม 65 – 93 และคะแนนรายด้าน 13 -19 แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ผู้ที่ได้คะแนนรวม 94 - 122 และคะแนนรายด้าน 20 – 26 แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ผู้ที่ได้คะแนนรวม 123 – 151 และคะแนนรายด้าน 27 -33 แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง ผู้ที่ได้คะแนนรวม 152 -180 และคะแนนรายด้าน 34-40 แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมาก

ในส่วนของการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าตามตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 ระดับ คือ

1. ต่ำ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนจากแบบวัดน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม

2. สูง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนจากแบบวัดมากกว่าค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม

กรอบแนวความคิด



สมมุติฐานในการวิจัย

1. ผู้ต้องขังสูงอายุที่มีสถานภาพคู่ มีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า โสด หม้าย /หย่า
2. ผู้ต้องขังสูงอายุที่ได้รับกำหนดโทษต่างกันจะมีระดับภาวะซึมเศร้าต่างกัน
3. ผู้ต้องขังสูงอายุที่มีระยะเวลาที่อยู่ในเรือนจำเป็นระยะเวลานานจะมีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ต้องขังสูงอายุที่อยู่ในเรือนจำเป็นระยะเวลาน้อย
4. ต้องขังสูงอายุที่ได้รับโทษเป็นครั้งแรกมีระดับภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ต้องขังสูงอายุที่ได้รับโทษมากกว่า 1 ครั้ง
5. ผู้ต้องขังสูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ต้องขังสูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ
6. การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันเชิงลบ
7. การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านที่ 4 การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า ด้านที่ 5 การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมและการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีอยู่หลายด้าน ดังต่อไปนี้

1. เอกสารเกี่ยวกับเรือนจำกลางบางขวาง
 - 1.1 การแบ่งส่วนราชการ
 - 1.2 ภารกิจของเรือนจำกลางบางขวาง
 - 1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ต้องขังสูงอายุในเรือนจำกลางบางขวางและ ความต้องการของผู้ต้องขังในเรือนจำอื่นๆ
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
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 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการสนับสนุนทางสังคม

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

1. เอกสารที่เกี่ยวกับเรือนจำกลางบางขวาง

1.1 การแบ่งส่วนราชการ

การแบ่งโครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบของเรือนจำกลางบางขวาง มีดังนี้

ฝ่ายบริหารทั่วไป

ดำเนินการเกี่ยวกับงานสารบรรณงานทะเบียน เอกสารสำคัญ การเงิน การบัญชี การพัสดุ อาคารสถานที่ ยานพาหนะ การบริหารงานบุคคลเบื้องต้น การประชาสัมพันธ์งานรับเรื่องราวร้องทุกข์ งานเลขานุการ งานการประชุม การรวบรวมสถิติ ข้อมูลของหน่วยงาน งานแผนงานโครงการ การติดตาม ผล ประเมินผล รวมทั้งงานที่มีได้กำหนดให้เป็นหน้าที่ของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดโดยเฉพาะ

ส่วนควบคุมผู้ต้องขัง ส่วนที่ 1

รับผิดชอบเกี่ยวกับการวางแผนและดำเนินการควบคุมผู้ต้องขังให้อยู่ในกฎระเบียบของ เรือนจำตลอดจนคำแนะนำต่างๆ ตรวจสอบการจัดทำประวัติผู้ต้องขัง การจำแนกลักษณะผู้ต้องขังและ การแยกขัง การควบคุมความประพฤติ การให้การศึกษาระดับมัธยมศึกษา รวมทั้งการอบรมเกี่ยวกับ ระเบียบวินัยและการปฏิบัติตนในเรือนจำของผู้ต้องขัง พิจารณาเสนอความดีความชอบและความเห็น เกี่ยวกับการเลื่อน-ลดชั้น การลงโทษทางวินัย และประสานงานกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอก เรือนจำ

- ฝ่ายควบคุมผู้ต้องขัง ฝ่ายควบคุมแดน 1-6 ดำเนินการควบคุมผู้ต้องขังในความรับผิดชอบให้อยู่ในระเบียบวินัย และปฏิบัติภารกิจประจำวันตามกฎระเบียบของเรือนจำ

ส่วนควบคุมผู้ต้องขัง ส่วนที่ 2

รับผิดชอบเกี่ยวกับการวางแผนและดำเนินการควบคุมผู้ต้องขังให้อยู่ในกฎระเบียบของ เรือนจำตลอดจนคำแนะนำต่างๆ ตรวจสอบการจัดทำประวัติผู้ต้องขัง การจำแนกลักษณะผู้ต้องขังและ การแยกขัง การควบคุมความประพฤติ การให้การศึกษาระดับมัธยมศึกษา รวมทั้งการอบรมเกี่ยวกับ ระเบียบวินัยและการปฏิบัติตนในเรือนจำของผู้ต้องขัง พิจารณาเสนอความดีความชอบและความเห็น เกี่ยวกับการเลื่อน-ลดชั้น การลงโทษทางวินัย และประสานงานกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอก

- ฝ่ายควบคุมผู้ต้องขัง ฝ่ายควบคุมแดน 8-17 ดำเนินการควบคุมผู้ต้องขังในความรับผิดชอบให้อยู่ในระเบียบวินัย และปฏิบัติภารกิจประจำวันตามกฎระเบียบของเรือนจำ

- ฝ่ายรักษาการณ์ วางแผนและดำเนินการเกี่ยวกับการรักษาการณ์การป้องกันการลักลอบนำสิ่ง ที่ต้องห้ามเข้า-ออกเรือนจำตลอดจนการควบคุม ดูแล เก็บรักษาและใช้อาวุธปืนของเรือนจำรวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- ฝ่ายเยี่ยมญาติ วางแผนและดำเนินการเกี่ยวกับการเยี่ยมเยียนผู้ต้องขัง สถานกงสุลพนักงานสอบสวน ทนายความ ให้เป็นไปตามระเบียบ กฎ ข้อบังคับ ของกรมราชทัณฑ์ และดำเนินการรับ-ส่งจดหมายของผู้ต้องขัง พัสดุภัณฑ์ไปรษณีย์ รวมทั้งการสอดส่องดูแลไม่ให้บุคคลภายนอกนำสิ่งของต้องห้าม เข้ามาภายในเรือนจำ

ฝ่ายควบคุมกลาง

วางแผนและดำเนินการควบคุมผู้ต้องขัง ให้อยู่ในกฎระเบียบของเรือนจำ และการปฏิบัติตนในเรือนจำผู้ต้องขังคัดเลือกผู้ต้องขังออกทำงานนอกเรือนจำ การควบคุมผู้ต้องขังจำนอกและออกรักษาตัวนอกเรือนจำ ควบคุมดูแลระบบน้ำและไฟฟ้าของเรือนจำรวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกเรือนจำ

ส่วนสวัสดิการผู้ต้องขัง

รับผิดชอบเกี่ยวกับการวางแผน ดำเนินการจัดสวัสดิการและให้สงเคราะห์ผู้ต้องขังในเรือนจำ และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกเรือนจำ

- ฝ่ายสวัสดิการผู้ต้องขัง ดำเนินการเกี่ยวกับอาหารและการจัดอาหารเลี้ยงผู้ต้องขัง การรับฝากเงินผู้ต้องขัง รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- ฝ่ายสงเคราะห์ผู้ต้องขัง ดำเนินการเกี่ยวกับจัดจำหน่ายเครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็นแก่ผู้ต้องขัง การจัดนัดหมายการ การช่วยเหลือและให้การสงเคราะห์ผู้ต้องขังในเรือนจำ ตลอดจนการขอความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน ในการสงเคราะห์ผู้ต้องขัง รวมทั้งประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ส่วนพัฒนาผู้ต้องขัง

รับผิดชอบเกี่ยวกับควบคุม ตรวจสอบ การจัดทำทะเบียนประวัติ ผู้ต้องขัง การดำเนินการด้านทัศนศึกษา การควบคุมประพฤติ การให้การศึกษาระดับมัธยมศึกษา การฝึกงาน การฝึกวิชาชีพ รวมทั้งการบริหารงานทุนประโยชน์จากการฝึกวิชาชีพ และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกเรือนจำ

- ฝ่ายทัศนศึกษา กำหนดหลักเกณฑ์ทางทัศนศึกษา เพื่อให้เรือนจำถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ เช่น การกำหนดมาตรการการควบคุมผู้ต้องขัง การพักการลงโทษ การเลื่อน-ลดชั้นผู้ต้องขัง การลดวันต้องโทษ การทูลเกล้าถวายฎีกาของนักโทษเด็ดขาดเพื่อขอพระราชทานอภัยโทษ การส่งนักโทษเด็ดขาดออกทำงานนอกเรือนจำ รวมทั้งการให้ความเห็นเพิ่มเติมแก่เรือนจำเพื่อให้งานทัศนศึกษาปฏิบัติใน

เรือนจำเป็นไปตามหลักวิชาการ กฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับ ตลอดจนนโยบายของรัฐบาล การประมวลผลและวิเคราะห์สถิติด้านต่างๆ เกี่ยวกับผู้ต้องขัง นอกจากนี้ยังต้องรับผิดชอบงานทางด้านทันตปฏิบัติ เช่น การรวบรวมทะเบียนประวัติผู้ต้องขัง การรับ-ปล่อยตัวผู้ต้องขัง การออกไปบริสุทธิ์ การเลื่อน-ลดชั้น การย้าย เป็นต้น ตลอดจนการติดต่อประสานกับต่างประเทศ เพื่อแลกเปลี่ยนทัศนะเกี่ยวกับด้านทันตปฏิบัติ

- ฝ่ายฝึกวิชาชีพ วางแผนและดำเนินการฝึกวิชาชีพ ผู้ต้องขังตลอดจนการทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงานผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่ด้านการฝึกวิชาชีพ การเตรียมความพร้อมด้านวิชาชีพให้แก่ผู้ต้องขังที่พ้นโทษ(เหลือไม่เกิน 6 เดือน) การจัดการวัตถุดิบ การหาตลาด และการจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ การบริหารเงินทุนผลประโยชน์ ควบคุมการใช้จ่ายยานพาหนะที่จัดซื้อด้วยเงินทุนฝึกวิชาชีพ รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- ฝ่ายจำแนกลักษณะและคุมประพฤติ ดำเนินการจำแนกลักษณะผู้ต้องขังให้เป็นไปตามหลักทฤษฎีวิทยา ในการกำหนดวิธีปฏิบัติติดต่อผู้ต้องขังเป็นรายบุคคล ตั้งแต่การแยกประเภท การสัมภาษณ์ประวัติ การเสนอข้อมูลให้คณะกรรมการจำแนกฯ พิจารณาและปฏิบัติตามมติคณะกรรมการฯ ตลอดจนการติดตามประเมินผล รวมทั้งการจำแนกซ้ำ ดำเนินการด้านคุมประพฤติผู้ต้องขัง ที่ได้รับการปล่อยคุมประพฤติทั้งการสืบเสาะ สอดส่อง การส่งเคราะห์ การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไข การเพิกถอนการคุมประพฤติ งานอาสาสมัครคุมประพฤติ การเตรียมการปล่อยคุมประพฤติ ตลอดจนงานอื่นๆ ที่ส่งเสริมสนับสนุนงานคุมประพฤติและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- ฝ่ายการศึกษาและพัฒนาจิตใจ วางแผนและดำเนินการเกี่ยวกับการศึกษาและพัฒนาจิตใจผู้ต้องขัง จัดการศึกษาวิชาสามัญวิชาชีพและธรรมศึกษา ตลอดจนการจัดอบรมหลักสูตรการเตรียมเข้าทำงาน การอบรมและการพัฒนาจิตใจ การจัดกิจกรรมที่สนับสนุนส่งเสริมปลูกฝังปรับเปลี่ยนทัศนคติจิตสำนึก ค่านิยมและพฤติกรรมของผู้ต้องขัง ให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสม จัดกิจกรรมเสริมการศึกษา เช่นห้องสมุด การจัดทำโสตทัศนูปกรณ์ การศึกษา การศึกษาทางไกลผ่านดาวเทียม เป็นต้น รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สถานพยาบาล

การให้การบำบัดรักษาขั้นต้นแก่ผู้ต้องขัง ดูแลและควบคุมดำเนินงานอนามัย อาชีวอนามัย สุขาภิบาล เรือนจำและสิ่งแวดล้อมในเรือนจำให้คำแนะนำแก่ผู้ต้องขังออกไปรักษาพยาบาลนอกเรือนจำ ตลอดจนประสานงานเกี่ยวกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก

1.2 การกิจของเรือนจำบางกลางหาว

ในการปฏิบัติตามภารกิจของกรมราชทัณฑ์ เรือนจำกลางบางขวางมุ่งเน้นในการพัฒนาศักยภาพมนุษย์โดยใช้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาพฤติกรรมนิสัยของผู้ต้องขัง ทั้งในด้านพฤติกรรม ค่านิยม ความเชื่อ ตลอดจนให้การศึกษาวិชาสามัญ วิชาชีพ เพื่อให้ผู้ต้องขังสามารถมีความรู้เท่าเทียมกับบุคคลภายนอกโดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ต้องขังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้ากับสังคมได้อย่างเหมาะสม โดยใช้หลักการผสมผสานทางวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น ให้สามารถอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุขดังนี้

1.2.1 ด้านการควบคุมผู้ต้องขังอย่างมีประสิทธิภาพ

เรือนจำกลางบางขวางมีอัตราความจุกติดของผู้ต้องขังจำนวน 5,000 คนแต่ขณะนี้ (11 เมษายน 2548) เรือนจำกลางบางขวางมีภารกิจที่จะต้องคุมขังผู้ต้องขังอยู่จำนวน 5,010 คน มีการบริหารจัดการในการควบคุมผู้ต้องขังเป็น 17 แดน

ฝ่ายควบคุมแดน 1 เป็นแดนควบคุมผู้ต้องขังระหว่างอุทธรณ์ ฎีกาซึ่งคดียังไม่เสร็จเด็ดขาด ภายในแดนมีการฝึกวิชาชีพทอผ้า ตักดา ของชำร่วย เป็นต้น

ฝ่ายควบคุมแดน 2 เป็นแดนควบคุมผู้ต้องขังเข้ามาใหม่ และควบคุมนักโทษเด็ดขาดซึ่งมีกำหนดโทษสูง ตั้งแต่ 50 ปีถึงตลอดชีวิตและคุมขังนักโทษประหารชีวิต ภายในแดนมีการฝึกวิชาชีพทอผ้าดิบ ผ้าเช็ดตัว ผ้าห่มนอน ผ้าขาวม้า ช่างมุก ถักแห ทำขนมปัง ปลุกผักสวนครัว เป็นต้น

ฝ่ายควบคุมแดน 3 เป็นแดนควบคุมนักโทษเด็ดขาดมีอำนาจรับและควบคุมนักโทษเด็ดขาด ที่มีกำหนดจำคุกตั้งแต่ตลอดชีวิตลงมาและผู้ต้องขังระหว่างอุทธรณ์-ฎีกาหรือระหว่างพิจารณาของศาล ที่มีกำหนดโทษต่ำกว่าตลอดชีวิต ภายในแดนมีการฝึกวิชาชีพ เจียรไนอัญมณี ตัดเย็บเสื้อผ้า ตัดเย็บรองเท้า ช่างตัดผม ถักแห ปลุกผักสวนครัว เป็นต้น

ฝ่ายควบคุมแดน 4 ควบคุมนักโทษเด็ดขาดซึ่งมีโทษตั้งแต่ 50 ปีลงมา ภายในแดนมีการฝึกวิชาชีพ ช่างเฟอร์นิเจอร์หยาบ เพาะชำต้นไม้ ปลุกผักสวนครัว ถักแห เป็นต้น

ฝ่ายควบคุมแดน 5 ควบคุมผู้ต้องขังวัยหนุ่ม ซึ่งมีอายุระหว่าง 18-25 ปีซึ่งมีโทษตั้งแต่ตลอดชีวิตลงมา ทั้งที่คดีเสร็จเด็ดขาดแล้วและคดีอยู่ระหว่างอุทธรณ์ - ฎีกา ภายในแดนมีการฝึกวิชาชีพ เจียรไนอัญมณี เย็บผ้า ถักแห ช่างหนัง เป็นต้น

ฝ่ายควบคุมแดน 6 ควบคุมเฉพาะผู้ต้องขังคดีผิด พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ ซึ่งมีโทษตั้งแต่จำคุกตลอดชีวิตลงมา ภายในแดนมีการฝึกวิชาชีพช่างเฟอร์นิเจอร์หยาบ ทำไฟกระพริบ ถักแห เป็นต้น

ฝ่ายควบคุมแดน 7 เรือนจำกลางบางขวางได้มอบพื้นที่ให้แก่เรือนจำจังหวัดนนทบุรีเมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม 2545

ฝ่ายควบคุมแดน 8 เป็นแดนฝึกวิชาชีพมีอำนาจและควบคุมนักโทษเด็ดขาด ที่กำหนดโทษเหลือจำคุกต่อไปไม่เกิน 50 ปีไม่มีอายุัด และต้องเป็นผู้ต้องขังที่มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่เคยมี

พฤติกรรมการหลบหนีหรือพยายามหลบหนีการควบคุม และไม่เคยมีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้โทษ เป็นแดนสำหรับฝึกวิชาชีพด้านช่างไม้ ช่างก่อสร้าง ช่างเฟอร์นิเจอร์ ช่างแกะสลัก ช่างมุก ช่างกลึง ช่างเชื่อมโลหะ ช่างปูน ช่างเครื่องยนต์ ช่างเคาะพ่นสี ช่างซ่อมรถยนต์ เป็นต้น โดยได้คัดเลือกผู้ต้องขังซึ่งต้องโทษแล้วระยะหนึ่ง มีความประพฤติดี มีความอดทน ทั้งในด้านการศึกษาและการฝึกวิชาชีพ เหลือโทษตั้งแต่ 50 ปีลงมา จากฝ่ายควบคุมแดน 1-6 และผู้ต้องขังมีความสมัครใจจะเข้ารับการฝึกวิชาชีพนั้นๆ

ฝ่ายควบคุมแดน 9 จัดเป็นแดนสุทกรรม สำหรับหุงต้มปรุงอาหารเลี้ยงผู้ต้องขังทั้งเรือนจำ มีเตาสำหรับหุงต้มปรุงอาหารจำนวน 20 กระทะ เชื้อเพลิงหุงต้มใช้เกลบส่วนเชื้อเพลิงต้มแกงใช้แก๊สปิโตรเลียม มีผู้ต้องขังออกทำงานกลางวัน วันละประมาณ 173 คนและ หุงต้มกลางคืนเพื่อเตรียมอาหารเช้า ค่ำละ 13 คน

ฝ่ายควบคุมแดน 10 เป็นแดนสำหรับลงโทษผู้กระทำความผิดวินัยของเรือนจำและควบคุมความประพฤติกรรมผู้ต้องขังที่มีปัญหาด้านความประพฤติกระทำความผิดวินัยหลายๆครั้ง อยู่ร่วมกับผู้ต้องขังทั่วไปไม่ได้

ฝ่ายควบคุมแดน 11 เป็นสถานที่สำหรับประหารชีวิตโดยเฉพาะไม่มีตีกันนอน ผู้ต้องขังจะถูกควบคุมขังอยู่ที่ฝ่ายควบคุมแดน 1 และฝ่ายควบคุมแดน 2 เมื่อมีการดำเนินการประหารชีวิต จึงจะนำตัวนักโทษที่ต้องโทษประหารชีวิตมาดำเนินการประหารชีวิตที่แดนนี้

ฝ่ายควบคุมแดน 12 เป็นที่ตั้งของสถานพยาบาล มีหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขังป่วย มีเตียงสำหรับผู้ป่วยหนัก จำนวน 82 เตียง ขณะนี้มีผู้ต้องขังป่วยนอนพักรักษาตัวอยู่ จำนวน 183 คน มีผู้ต้องขังป่วยจากฝ่ายควบคุมแดนต่างๆ มาตรวจรักษาและรับยาวันละประมาณ 50 คน มีแพทย์ประจำ 1 คน นอกจากนี้จะมีแพทย์ให้เวลาเข้ามาตรวจรักษาเฉพาะวันจันทร์ วันอังคาร และวันพฤหัสบดี ระหว่าง 13.00 -15.00 น. มีพยาบาลอยู่ประจำทั้งกลางวันและกลางคืน ถ้าผู้ต้องขังป่วยหนักเกินกว่าจะบำบัดรักษาได้ จะส่งตัวไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลกลางกรมราชทัณฑ์ ภายในเรือนจำกลางคลองเปรม

ฝ่ายควบคุมแดน 13 เป็นแดนสำหรับฝึกวิชาชีพให้แก่ผู้ต้องขังด้านการเลี้ยงสุกร เป็ด ไก่ และปลาน้ำจืด มีสุกร 1,124 ตัว สุกรป่า 13 ตัว ไก่พื้นเมือง 1,046 ตัว ปลาน้ำจืด 8 บ่อ ผู้ต้องขังฝึกวิชาชีพ จำนวน 90 คน นอกจากนี้ ได้จัดสร้างบ่อก๊าซชีวภาพ

ฝ่ายควบคุมแดน 14 จัดเป็นหอประชุมสำหรับประกอบพิธีหรือประกอบกิจกรรมของผู้ต้องขังเป็นครั้งคราว เช่น ประกอบพิธีถวายพระพร ในวันที่ 12 สิงหาคมหาราชินี ในวันที่ 5 ธันวาคมหาราช จัดพิธีวางพวงมาลา ในวันที่ 21 ตุลาคม จัดทำบุญเลี้ยงพระ ในวันขึ้นปีใหม่และวันสงกรานต์ จัดงานวันพบญาติ จัดแข่งขันฟุตบอลประจำปี ระหว่างผู้ต้องขังแดนต่างๆ เป็นต้น ไม่มีตีกันนอนสำหรับผู้ต้องขังอยู่ประจำคงเปิดให้ผู้ต้องขังเข้าทำกิจกรรมเป็นครั้งคราว

นอกจากกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นแล้ว ปัจจุบันได้จัดทำเป็นมูม มสธ. บริการด้านสมุดให้ผู้ต้องขังที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ศึกษาค้นคว้าหาความรู้ ปัจจุบันมีนักศึกษา มสธ. จำนวน 316 คน และจัดเป็นห้องเรียนสำหรับการศึกษาศาสนาสามัญระดับมัธยมต้นและมัธยมปลายด้วย มีนักเรียนจำนวน 573 คน

ฝ่ายควบคุมแดน 15 เป็นแดนกลาง ซึ่งมีหน่วยงานต่างๆ ตั้งอยู่และหัวหน้าหน่วยงานนั้นๆ รับผิดชอบโดยเฉพาะได้แก่ ร้านสงเคราะห์ผู้ต้องขัง ศูนย์ฝึกอบรมจิตภาวนา ห้องเก็บพัสดุดกลาง งานผู้ช่วยเหลือและประสานงาน และตึกนอนสำหรับผู้ต้องขังที่จ่ายออกไปทำงานภายนอกเรือนจำ เป็นต้น มีผู้ต้องขังออกทำงานและนอนกลางคืนจำนวน 53 คน

ฝ่ายควบคุมแดน 16 เป็นแดนที่ใช้เก็บพัสดุในการฝึกวิชาชีพ และใช้เป็นโรงย้อมผ้า ไม่มีตึกนอน มีผู้ต้องขังจากฝ่ายควบคุมแดน 4 และฝ่ายควบคุมแดน 25 ไปทำงานในตอนกลางวัน

ฝ่ายควบคุมแดน 17 เป็นแดนที่ใช้ควบคุมผู้ต้องขังสูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปให้การปฏิบัติต่อผู้ต้องขังเหล่านี้เป็นกรณีพิเศษ อาทิ การอบรมจิตภาวนาตามหลักสูตรพุทธศาสนา การออกกำลังกายที่เหมาะสม การฝึกอบรมการเรียนรู้เกี่ยวกับสมุนไพร การสันถนาการ เป็นต้น

1.2.2 การแก้ไขพัฒนาพฤติกรรมของผู้ต้องขัง เพื่อให้สามารถกลับเข้าสู่สังคมทั่วไปได้อย่างปกติสุขเมื่อพ้นโทษแล้ว

การปฏิบัติต่อผู้ต้องขังภายในเรือนจำกลางบางขวาง มุ่งเน้นในหลักการผสมผสานของการอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุข ขณะเดียวกันจะมีวิธีการดำเนินงานในการปฏิบัติและพัฒนาระบบงาน เพื่อให้การฝึกอบรมแก้ไขพฤติกรรมของผู้ต้องขังให้ถูกต้องตามหลักทฤษฎีทฤษฎี ซึ่งเรือนจำกลางบางขวางมีการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังภายในเรือนจำ ในการให้การอบรม แก้ไข ให้กลับเข้าสู่สังคมได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

1.2.2.1 การรับตัวผู้ต้องขัง

1.2.2.1.1 ทำการตรวจค้นตัวผู้ต้องขัง เพื่อตรวจหาสิ่งของต้องห้ามหรือไม่อนุญาตให้นำเข้าเรือนจำ

1.2.2.1.2 ตรวจสอบความถูกต้องทางทะเบียนประวัติผู้ต้องขัง

1.2.2.1.3 ให้แพทย์ตรวจร่างกายและอนาณัยของผู้ต้องขังเมื่อมีผู้ต้องขังเจ็บป่วยหรือมีโรคติดต่อจะต้องรีบให้การรักษาพยาบาลหรือจัดแยกควบคุมออกจากคนอื่นเป็นกรณีพิเศษ

1.2.2.2. การจำแนกลักษณะของผู้ต้องขัง

การจำแนกลักษณะของผู้ต้องขังดำเนินการตามหลักการสังคมสงเคราะห์ว่า ผู้ต้องขังมีประวัติทางสังคม ประวัติทางคดี พฤติกรรมทางสังคม และพฤติการณ์ในการกระทำความผิด ความถนัดในทางอาชีพอย่างไรแล้วจึงแยกขังให้เหมาะสมกับกำหนดโทษ และความถนัดไว้ตามฝ่ายควบคุมแดน

ต่างๆ หลังจากนั้นประมาณ 1 เดือน จะดำเนินการจำแนกลักษณะผู้ต้องขังซ้ำอีกครั้งหนึ่ง เพื่อติดตามผลการจำแนกครั้งที่แล้วว่า ผู้ต้องขังที่ได้จำแนกลักษณะไปแล้วเหมาะสมกับด้านการศึกษาอบรม การฝึกวิชาชีพหรือไม่อย่างไร เมื่อทราบแล้วจะดำเนินการจำแนกลักษณะผู้ต้องขังซ้ำอีกครั้งหนึ่ง เพื่อติดตามผลการจำแนกครั้งที่แล้วว่า ผู้ต้องขังที่ได้จำแนกลักษณะไปแล้วเหมาะสมกับด้านการศึกษาอบรม การฝึกวิชาชีพหรือไม่อย่างไร เมื่อทราบแล้วจะดำเนินการที่เหมาะสมต่อผู้ต้องขังทั้งในด้านการศึกษาอบรมและฝึกวิชาชีพเพื่อผลในด้านการฟื้นฟูและพัฒนาด้านจิตใจผู้ต้องขังต่อไป

1.2.2.3 การจัดสวัสดิการผู้ต้องขัง

1.2.2.3.1 การให้บริการด้านอาหารผู้ต้องขัง

เรือนจำกลางบางขวางได้จัดอาหารให้ผู้ต้องขังที่มีทั้งปริมาณและคุณภาพอย่างเพียงพอรวมตลอดการคำนึงถึงสุขอนามัย โดยจัดอาหารให้ผู้ต้องขัง 2 มื้อต่อวัน และอาหารพิเศษในมือเที่ยง ผู้ป่วยจะจัดอาหารเป็นกรณีพิเศษตามคำแนะนำของแพทย์และสถานพยาบาล

1.2.2.3.2 การให้การรักษายาบาล

ภายในเรือนจำมีสถานพยาบาล สามารถรับรักษาผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งสถานพยาบาลสามารถรักษาผู้ป่วยในได้จำนวน 82 เตียง หากมีผู้ต้องขังป่วยที่เกินขีดความสามารถของสถานพยาบาลเรือนจำ ก็จะส่งตัวไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลกลางกรมราชทัณฑ์ เรือนจำกลางบางขวางจะจัดให้เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลตรวจสุขอนามัย การสุขาภิบาลภายในเรือนจำและสภาพแวดล้อมเป็นประจำทุกวัน

1.2.2.3.3 ให้บริการเยี่ยมญาติ

เรือนจำกลางบางขวาง เปิดโอกาสให้ผู้ต้องขังได้รับการเยี่ยมเยียนหรือติดต่อกับบุคคลภายนอกได้ทุกวันทำการปกติ แต่เนื่องจากมีผู้ต้องขังจำนวนมาก เรือนจำกลางบางขวางมีความจำเป็นที่จะต้องมีการแบ่งการเยี่ยมญาติตามฝ่ายควบคุมแดนต่างๆ เว้นวันหยุดประจำสัปดาห์ (เสาร์-อาทิตย์) และวันหยุดราชการ ดังนี้ รอบเช้า ระหว่างเวลา 09.30 น. ถึง 11.30 น. รอบบ่าย ระหว่างเวลา 13.00 น. ถึง 15.00 น.

1.2.2.3.4 การให้บริการการกีฬาและบันเทิง

ภายในเรือนจำจัดให้มีการแข่งขันกีฬา เช่น ฟุตบอล เซปักตะกร้อ บาสเกตบอล เป็นประจำทุกปี มีถ้วยรางวัลและรางวัลของการแข่งขัน ในด้านบันเทิงจัดให้มีการดนตรีทั้งดนตรีไทยและสากล รวมตลอดทั้งการเปิดให้ผู้ต้องขังดูโทรทัศน์ ทั้งในช่วงกลางวันและกลางคืนก่อนนอน

1.2.2.3.5 สวัสดิการและการสงเคราะห์ผู้ต้องขังและอื่นๆ

- จัดให้มีร้านสงเคราะห์จำหน่ายอาหาร และสินค้าทั่วไปที่จำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ต้องขังทั้งภายในและภายนอกเรือนจำ

- จัดหาน้ำดื่มสะอาดไว้เพียงพอต่อการบริโภครวมทั้งการเก็บสำรองน้ำสะอาดไว้ในกรณีเกิดการขาดแคลนน้ำดื่มมาใช้
- จัดตั้งหอสมุดของเรือนจำและห้องสมุดตามฝ่ายควบคุมแดนต่างๆ รวมทั้งจัดตั้งห้องสมุดให้กับผู้ต้องขังที่เรียนระดับอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (มสธ.) ไร่ที่แดน 14 และฝ่ายควบคุมแดน 1-6 เพื่อให้ผู้ต้องขังทำการศึกษาค้นคว้า
- นอกจากการให้บริการด้านการเยี่ยมญาติแก่ญาติผู้ต้องขังและตัวผู้ต้องขังเอง และทางเรือนจำได้จัดให้มีการเยี่ยมญาติอย่างใกล้ชิดอีกด้วย
- จัดหาสถานที่ให้ผู้ต้องขังได้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมในทุกๆ แดน โดยจัดสร้างสนามกีฬาขึ้นแดนต่างๆ และจัดให้มีการแข่งขันกีฬาภายในของผู้ต้องขังขึ้นทุกปี
- จัดหาอุปกรณ์เพื่อความบันเทิง เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เครื่องเล่นวีดีโอ เครื่องดนตรี
- จัดหาอุปกรณ์กีฬาให้ผู้ต้องขังได้มีไว้เล่นในการออกกำลังกาย เช่น ฟุตบอล บาสเกตบอล ตะกร้อ เป็นต้น
- การรับบริจาคช่วยเหลือองค์กรการกุศลในโอกาสต่างๆ
- จัดตั้งหน่วยงานรับร้องทุกข์เรื่องร้องทุกข์ เพื่อรับเรื่องราวร้องทุกข์ของผู้ต้องขังและญาติของผู้ต้องขัง
- การสงเคราะห์ผู้ต้องขัง
- การจัดหางานให้ผู้ต้องขังหลังพ้นโทษ
- การสงเคราะห์ค่าพาหนะแก่ผู้ต้องขังที่ขาดสนหลังพ้นโทษ
- เรือนจำดำเนินการจัดหาอาหารดำเนินการโดยหน่วยงานสหกรรมภายในเรือนจำในการปรุงอาหารจัดเลี้ยงผู้ต้องขัง ซึ่งผู้ต้องขังจะได้รับการจัดเลี้ยงอาหารเป็นข้าวสวยและอาหารคุณภาพดี และมีการตรวจสอบความสะอาดตามหลักโภชนาการ และสุขอนามัยโดยผู้ต้องขังจะต้องได้รับอาหารอย่างน้อยวันละ 2 มื้อ
- ดำเนินการแจกเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม ผ้าผัดอาบน้ำ และผ้าห่มคนละ 1 ชุด แก่ผู้ต้องขังที่เข้าใหม่

1.2.2.3.6 การปฏิบัติต่อผู้ต้องขังอย่างมีมนุษยธรรม

เรือนจำกลางบางขวางปฏิบัติต่อผู้ต้องขังโดยคำนึงถึงสิทธิตามรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน โดยมีให้ล่วงละเมิดสิทธิของผู้ต้องขัง เปิดโอกาสให้ผู้ต้องขังได้รับความสะดวกและร้องทุกข์ได้อย่างเต็มที่ การใช้เครื่องพันธนาการก็จะคำนึงถึงความจำเป็นและปฏิบัติตามพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ.2479 เท่านั้น

1.2.2.3.7 การปราบปรามยาเสพติดในเรือนจำ

เนื่องจากเรือนจำกลางบางขวางคุมขังผู้ต้องขังหลายประเภทจากทั่วทุกจังหวัด ผู้ต้องขังบางคนถูกคุมขังในคดียาเสพติดทั้งเสพและจำหน่ายได้ให้ความสำคัญต่อการอบรมแก้ไขผู้ต้องขังเหล่านี้ ทั้งในการป้องกัน ปราบปรามและบำบัดแก้ไข พื้นฟูสมรรถภาพ ในหลายๆ รูปแบบของลักษณะการผสมผสาน หากตรวจพบจะดำเนินการทางวินัยผู้ต้องขังอย่างเฉียบขาด

1.2.2.3.8 การขยายงานด้านอาสาสมัครคุมประพฤติ

เรือนจำกลางบางขวางดำเนินการปล่อยตัวผู้ต้องขังจำนวนหนึ่งในรูปแบบของการคุมประพฤติ และมีหน้าที่ในการคุมประพฤติผู้ต้องขังที่ปล่อยตัวจากเรือนจำและทัณฑสถานอื่นๆ ที่อยู่ในขอบเขตความรับผิดชอบ จึงมีวิธีการในการขยายอาสาสมัครคุมประพฤติ เพื่อควบคุมความประพฤติของผู้ต้องขังให้อยู่ภายใต้หลักเกณฑ์และวิธีการที่กรมราชทัณฑ์กำหนดขณะนี้ มีอาสาสมัครคุมประพฤติอยู่จำนวน 82 คน

1.2.2.3.9 การดำเนินการติดตามดูแลหลังการปลดปล่อย

เมื่อเรือนจำกลางบางขวางได้ดำเนินการปล่อยตัวผู้ต้องขังจะดำเนินการติดตาม สอดส่อง ดูแล ผู้ได้รับการปลดปล่อยโดยประสานความร่วมมือกับพนักงานคุมประพฤติ ผู้นำท้องถิ่น เจ้าพนักงานปกครอง และตำรวจ เพื่อให้ผู้ได้รับการปลดปล่อยครองตนอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่หวนไปกระทำความผิดซ้ำอีก

1.2.2.4. การให้บริการด้านการศึกษาอบรม การแก้ไขและพัฒนาจิตใจ

1.2.2.4.1 การให้การศึกษา เรือนจำได้จัดการศึกษาในรูปแบบของการศึกษาผู้ใหญ่ ตามหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการได้จัดตั้งโรงเรียนศึกษาผู้ใหญ่ในเรือนจำชื่อว่า “โรงเรียนศึกษาผู้ใหญ่มหาอุทยานวิทยา” และสายอาชีพ ทำการเปิดสอนดังนี้

สายสามัญ

การรณรงค์ให้การศึกษาแก่ผู้ไม่รู้หนังสือให้อ่านออกเขียนได้และสามารถพัฒนาไปสู่การศึกษาในระดับสูงขึ้นต่อไป

- ระดับประถมศึกษา
- ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
- ระดับอุดมศึกษา (มสธ.)

สายอาชีพ

หลักสูตรของการศึกษานอกโรงเรียนดำเนินการเปิดสอน 20 สาขา

- ช่างเชื่อมโลหะ

- ช่างโลหะแผ่น
- ช่างไม้เฟอร์นิเจอร์
- ช่างสี
- ช่างจักสาน
- ช่างเย็บหนัง
- ช่างตัดผม
- ช่างเครื่องประดับมุก
- ช่างไม้แกะสลัก
- ช่างซ่อมเครื่องไฟฟ้าภายใน
- ช่างศิลปประดิษฐ์
- ช่างทอผ้า
- ช่างตัดเย็บ
- ช่างเจียรไนพลอย
- เกษตรกรรม
- ช่างเครื่องยนต์
- ช่างซ่อมรถจักรยานยนต์
- ช่างไม้ครุภัณฑ์
- ช่างทอไหมพรม
- ดนตรีไทยสากล

วิชาชีพระยะสั้นก่อนการปลดปล่อยหลักสูตรกรมพัฒนาฝีมือแรงงานและจัดมาตรฐานฝีมือแรงงาน
 ช่างชั้น 3 เปิด 6 สาขาวิชา

- ช่างซ่อมรถจักรยานยนต์
- ช่างซ่อมเครื่องไฟฟ้าภายในบ้าน
- ช่างเดินสายไฟฟ้าภายในอาคาร
- ช่างประกอบโครงสร้างอลูมิเนียม
- ช่างปูกระเบื้อง
- ช่างเชื่อมไฟฟ้า
- ธรรมชาติศึกษา
- ธรรมชาติศึกษา ตรี โท เอก

- อบรมหลักสูตรจิตภาวนา

1.2.2.4.2. การฝึกวิชาชีพผู้ต้องขัง เพื่อมุ่งให้มีอาชีพภายหลังพ้นโทษ

เรือนจำกลางบางขวางได้ดำเนินการฝึกวิชาชีพให้กับผู้ต้องขังให้มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ อย่างจริงจัง เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ต้องขังมีวิชาชีพติดตัว ที่มีความชำนาญ สามารถที่จะประกอบอาชีพได้ อย่างอิสระเมื่อพ้นโทษแล้วโดยมีเป้าหมายต่อผู้ต้องขังอย่างน้อยผู้ต้องขังคนหนึ่งจะมีวิชาชีพติดตัว 1 วิชาชีพ โดยมีหลักสูตรหลักดังนี้

- ช่างไม้เฟอร์นิเจอร์
- ช่างปูน
- ช่างแกะสลักและช่างศิลป์
- ช่างเชื่อมโลหะ
- ช่างจักสานและเครื่องหวาย
- ช่างเย็บจักร
- ช่างซ่อมเครื่องยนต์
- เกษตรกรรม เพาะชำ เลี้ยงสัตว์

1.2.2.4.3. การปลดปล่อยผู้ต้องขัง

เรือนจำกลางบางขวางจะดำเนินการปลดปล่อยผู้ต้องขังที่ได้รับโทษมาจนครบกำหนดโทษตาม คำพิพากษาของศาล ซึ่งมีส่วนน้อย ส่วนใหญ่แล้วจะได้รับการปลดปล่อยก่อนครบกำหนดตามคำ พิพากษาของศาล เพราะผู้ต้องขังได้รับพระราชทานอภัยโทษเป็นรายบุคคล ซึ่งดำเนินการได้ตามที่ระบุไว้ ในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา สำหรับการพระราชทานอภัยโทษแก่นักโทษส่วนรวม หรือ อภัยโทษหมู่ รัฐบาลจะเป็นผู้ดำเนินการในโอกาสสำคัญๆ โดยจะออกเป็นพระราชกฤษฎีกา ส่วนการลด วันต้องโทษจำคุกนั้น โทษเด็ดขาดชั้นดี ชั้นมาก และชั้นเยี่ยมจะได้รับการลดวันต้องโทษจำคุกตามชั้น คน ละ 3,4 และ 5 วันต่อเดือนตามลำดับนักโทษเด็ดขาดชั้นเยี่ยม ชั้นดีมาก ชั้นดี จะได้รับการพิจารณา สนับสนุนให้พักการลงโทษเมื่อกำหนดโทษเหลือจำต่อไปอีกไม่เกิน 1 ใน 3, 1 ใน 4 และ 1 ใน 5 ตามลำดับของกำหนดโทษที่จะได้รับต่อไป โดยมีเงื่อนไขการรายงานตัวการปฏิบัติตน โดยการคุม ประพฤติก่อนการปล่อยตัวคุมประพฤติไป มีการสืบเสาะที่อยู่ของผู้อุปการะ เพื่อสอดส่องดูแลความ ประพฤติหลังปล่อยตัว และให้การช่วยเหลือหลังการปลดปล่อย

1.2.2.5 การปฏิบัติต่อนักโทษประหารชีวิต

เมื่อศาลฎีกาได้ตัดสินให้ผู้ต้องขังคนหนึ่งคนใดต้องโทษประหารชีวิต ผู้ต้องขังคนนั้นมีสิทธิจะขอ พระราชทานอภัยโทษจากพระมหากษัตริย์ซึ่งเป็นการพระราชทานอภัยทาน มี 2 ลักษณะ ดังนี้

การพระราชทานอภัยโทษ หมายถึง การที่กฎหมายบัญญัติให้อำนาจแห่งประมุขแห่งประเทศหรือรัฐ พิจารณาให้อภัยทานปลดปล่อยหรือลดโทษแก่นักโทษเด็ดขาดที่ศาลได้พิพากษาแล้ว โดยมีความมุ่งหมายเพื่อแก้ไขความผิดพลาดในกระบวนการยุติธรรมกับมีความมุ่งหมายพิเศษในกรณีอื่นๆ อีก เช่น ในโอกาสพิธีสำคัญต่างๆ ของชาติบ้านเมือง อาทิ การครบรอบ 200 ปี กรุงรัตนโกสินทร์, พระราชพิธีกาญจนาภิเษก และอื่นๆ สำหรับประเทศไทย การพระราชทานอภัยโทษเป็นพระราชอำนาจของพระมหากษัตริย์

1.2.2.6. การดำเนินการประหารชีวิต

การลงโทษประหารชีวิต เป็นการลงโทษผู้กระทำความผิดที่หนักและรุนแรงที่สุด จุดมุ่งหมายคือ การกำจัดผู้กระทำความผิดโทษไปเสียจากสังคมโดยเด็ดขาด ด้วยวิธีการฆ่าหรือวิธีกระทำให้อถึงแก่ความตาย และโดยที่โทษประหารชีวิตกระทรวงมหาดไทยได้กำหนดให้เรือนจำกลางบางขวางเป็นสถานที่สำหรับดำเนินการประหารชีวิตเพียงแห่งเดียว

การประหารชีวิตด้วยปืน

เมื่อปี พ.ศ. 2475 รัฐบาลได้เสนอขอแก้ไขกฎหมายลักษณะอาญา ว่าด้วยการประหารชีวิต โดยวิธีตัดศีรษะมาเป็นยิงให้ตาย ซึ่งเรือนจำกลางบางขวางได้ทำการประหารชีวิตด้วยปืนเป็นครั้งแรก เมื่อวันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2478 โดยทำการประหารชีวิต นายสวัสดิ์ มะหะหมัด ในความผิดฐานประทุษร้ายพระบรมราชตระกูล โดยคำสั่งพิเศษ มีนายทิพย์ มียศ เป็นพยานฆาต ผู้ทำการประหารชีวิตด้วยอาวุธปืน และได้ถือปฏิบัติสืบมาจนถึงปัจจุบันตามที่ได้บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2499 มาตรา 19 ว่า **“ผู้ใดต้องโทษประหารชีวิต ให้เอาไปยิงเสียให้ตาย”** การประหารชีวิตได้ปฏิบัติตามคำสั่งกระทรวงมหาดไทย ที่ 1807/2475 เรื่อง ระเบียบการประหารชีวิตนักโทษ ลง ณ วันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2478 และตามหนังสือกรมราชทัณฑ์ ที่ 5636/2478 ลงวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2478 เรื่อง ระเบียบการประหารชีวิตนักโทษ กำหนดให้เรือนจำกลางบางขวางดำเนินการประหารชีวิต หรือบังคับคดีให้เป็นไปตามคำพิพากษาของศาลหรือคำสั่งของเจ้าพนักงานผู้มีอำนาจที่ได้พิพากษาหรือมีคำสั่งให้ประหารชีวิต

1.2.3 การเสริมสร้างสมรรถนะการบริหารงานราชทัณฑ์อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

เรือนจำกลางบางขวางมีเจ้าพนักงานรวมทั้งสิ้น 394 คน เป็นชาย 376 คน หญิง 18 คน ลูกจ้างประจำ 5 คน ลูกจ้างเงินทุน 5 คน และลูกจ้างชั่วคราว 14 คน ดำเนินการบริหารจัดการตามการบริหารการแบ่งส่วนราชการเรือนจำกลางบางขวางเป็น 4 ส่วน 23 ฝ่าย แต่ละส่วนแต่ละฝ่ายจะมีภารกิจแตกต่างกัน แต่ทุกส่วนทุกฝ่ายจะมีความสัมพันธ์ของลักษณะงานที่เกี่ยวข้องกันตลอดเวลา เจ้าพนักงานเรือนจำกลางบางขวางจะมีความหลากหลายในด้านความรู้ความสามารถและคุณวุฒิการศึกษา ทั้งนี้เพื่อปฏิบัติต่อผู้ต้องขังในลักษณะสหวิทยาการ ขณะเดียวกันการบริหารงานเรือนจำมุ่งเน้นที่จะพัฒนา

บุคลากรให้มีความรู้ความสามารถเป็นกำลังสำคัญในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง พัฒนาระบบงานโครงสร้าง ปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ สภาพแวดล้อมและทรัพยากรต่างๆ ให้สอดคล้องกับภารกิจหลักในอนาคต ในการพัฒนาบุคลากรเรือนจำกลางบางขวางได้จัดส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการฝึกอบรม ณ สถาบันพัฒนาข้าราชการราชทัณฑ์ และสถาบันอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการบริหารงานเรือนจำในปี พ.ศ. 2544--2545 มีจำนวนทั้งสิ้น 63 คน ในหลายๆ หลักสูตร

ปัญหาและอุปสรรคในการบริหารงานเรือนจำ

ปัจจุบันเรือนจำประสบปัญหาในการปฏิบัติงานอันเป็นปัญหาหลัก 2 ประการคือ การขาดแคลนอัตรากำลังและงบประมาณที่มีจำนวนจำกัด

1. การขาดแคลนอัตรากำลัง ปัจจุบัน อัตรากำลังที่มีอยู่จริงยังต่ำกว่ากรอบอัตรากำลังที่กำหนดไว้ตามแผนฯ ทำให้เกิดปัญหาการปฏิบัติหน้าที่เวรรักษาการณ์ของข้าราชการชั้นผู้น้อย เจ้าหน้าที่ตราครุฑ เครียด ประสบปัญหาครอบครัว สถิติการดำเนินการทางวินัยมีแนวโน้มสูงขึ้น
2. ปัญหาด้านงบประมาณที่ถูกจำกัดทำให้ไม่สามารถจัดหาเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาช่วยการปฏิบัติงานแทนแรงคนได้ การปรับปรุงสถานที่และสภาพแวดล้อมต่างๆ ยังไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตาม เรือนจำยังไม่เป็นไปในทางที่ดีพอ รวมทั้งสวัสดิการบ้านพักและด้านอื่นๆ ยังไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตามเรือนจำได้พยายามปรับปรุงแก้ไขระบบการทำงานรวมทั้งร่วมใจกันอุทิศเวลาทำงานอย่างเต็มที่ ทั้งนี้เพื่อมิให้เกิดความเสียหายแก่เรือนจำและภาพพจน์ของกรมราชทัณฑ์

1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ต้องขัง

จากการค้นคว้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ต้องขังสูงอายุนั้นมีผู้ที่ศึกษาอยู่น้อยมาก โดยการศึกษาส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นศึกษาถึงความต้องการในด้านต่างๆของผู้ต้องขังทั่วไป และกลุ่มผู้ต้องขังสูงอายุนั้นถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่มีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับผู้ต้องขังวัยอื่นๆ จึงมีหนังสือ หรืองานวิจัยที่กล่าวถึงผู้ต้องขังสูงอายุไม่มากนัก แต่จากการค้นคว้าพบว่า มีผู้ศึกษาเรื่อง “แนวทางการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังสูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีของเรือนจำบางขวาง” 2539 โดย พรทิพย์ รัตนชัยฤทธิ์ ผลการวิจัยพบว่า ในเรือนจำบางขวางมีผู้ต้องขังสูงอายุนั้นมีทั้งหมด 135 คน คิดเป็นร้อยละ 2.77 ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่น้อย แต่เมื่อพิจารณาแล้วพบว่าผู้ต้องขังสูงอายุนั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีจาก พ.ศ.2536 มีจำนวน 96 คน ปีพ.ศ.2537 จำนวน 119 คนและในปี 2537 มีเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 135 คน และจากข้อมูลดังกล่าวคาดว่าในปี พ.ศ. 2548 นี้ น่าจะมีผู้ต้องขังสูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้นด้วย ผู้ต้องขังสูงอายุนั้นมีอายุเฉลี่ยประมาณ 64 ปี ผู้ต้องขังส่วนใหญ่มีความเครียด ท้อแท้ สิ้นหวังในระดับปานกลาง และมีความซึมเศร้าในระดับน้อย ปัญหาที่พบมากที่สุดคือกลัวจะไม่ได้รับพระพรราชทานอภัยโทษ รองลงมาคือเป็นห่วงครอบครัว

ในปัจจุบันทางเรือนจำกลางบางขวางได้มีการจัดตั้ง แดน 17 สำหรับผู้ต้องขังสูงอายุ โดยเฉพาะ แสดงให้เห็นว่าผู้ต้องขังสูงอายุนั้นน่าจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และทางเรือนจำก็น่าจะเล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้ต้องขังสูงอายุซึ่งเป็นผู้ที่มีความเสื่อมโทรมทางร่างกายและจิตใจต่างจากนักโทษรายอื่นๆ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การสงเคราะห์และการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังระหว่างสอบสวน: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ต้องขังในเรือนจำพิเศษกรุงเทพมหานคร” 2537 โดยสมพล พงษ์พิพัฒน์ พบว่า ผู้ต้องขังในระหว่างสอบสวนจะมีปัญหาในเรื่องต่างๆ คือ ปัญหาเรื่องการเยี่ยมญาติ คุณภาพของอาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม การเจ็บป่วย ปัญหาคดีความและความปลอดภัยเกี่ยวกับทรัพย์สิน สำหรับเรื่อง ความต้องการของผู้ต้องขังระหว่างสอบสวนนั้นพบว่า ผู้ต้องขังส่วนใหญ่ต้องการให้เรือนจำปรับปรุงด้านคุณภาพและความสะอาดของอาหาร กำจัดยุงและตัวเห็บในที่อยู่อาศัย ผ้าห่ม การตรวจร่างกายเมื่อเข้าเรือนจำและแยกผู้ต้องขังเจ็บป่วยไว้ต่างหาก ต้องการยาแก้ท้องร่วงประจำเรือนนอน ความช่วยเหลือด้านการติดต่อญาติเรื่องคดีความ ความปลอดภัยส่วนตัวและทรัพย์สิน จากผลของการศึกษาจะเห็นว่า ผู้ต้องขังที่อยู่ในเรือนจำนั้นต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะเท่าใดนัก และจากสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่น่าจะมีผลถึงสภาพจิตใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ต้องขังที่สูงอายุแล้ว และเป็นผู้ที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

นอกจากนี้ยังมีผู้ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้กระทำผิดที่เป็นวัยรุ่น จากการศึกษาวิจัยเรื่อง “ การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย” 2534 โดย วราพร อินทบุหรณ์ ได้มีการศึกษาวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กกลาง โดยแบ่งเป็นสถานฝึกและอบรมบ้านกรุณา สถานแรกรับบ้านเมตตา สถานฝึกอบรมบ้านปรางค์ และสถานกักอบรมบ้านอุเบกขา พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายเท่ากับร้อยละ 66.3 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายได้แก่

ปัจจัยทางด้านร่างกาย แบ่งเป็น การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจของบิดา และพี่น้อง การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจของมารดา

ปัจจัยทางด้านชีวสังคม ได้แก่ รายได้ของครอบครัวพบว่า ผู้ที่มีสถานภาพทางครอบครัวต่ำจะมีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงกว่า และอาการรุนแรงกว่าในกลุ่มที่มีระดับสถานภาพทางครอบครัวสูง สถานที่ที่วัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายอยู่ในขณะเก็บข้อมูล พบว่าสถานกักและอบรมบ้านอุเบกขาเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยที่สุด เนื่องจาก สถานที่นี้มีการฝึกอบรมวิชาชีพช่างไม้ ช่างเหล็ก ซึ่งแตกต่างจากสถานที่อื่นๆและการมีกิจกรรมนี้จะมีส่วนช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ ความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายกับบิดามารดาและพี่น้อง การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ การคาดหวังต่ออนาคตในภายภาคหน้า ระยะเวลาที่ศาลตัดสินให้เข้ามาอยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก พบว่าผู้ที่มีระยะเวลาที่ศาลตัดสินให้

เข้ามาอยู่ยาวนานจะมีภาวะซึมเศร้าชุกกว่าผู้ที่ศาลตัดสินให้เข้ามาอยู่ในระยะเวลาสั้น จากการศึกษานี้จะพบว่าเด็กวัยรุ่นที่กระทำผิดนั้นมีภาวะซึมเศร้ามากน้อยต่างกัน เช่น สถานกักกันที่มีกิจกรรมให้เด็กทำ เด็กจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า และผู้ที่ได้รับโทษนานก็จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า

จากเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ต้องขัง ที่กล่าวมาข้างต้นนี้ แสดงให้เห็นปัญหาและความต้องการของผู้ต้องขัง แล้วยังมีผลที่แสดงให้เห็นว่าผู้ต้องขังที่มีปัจจัยต่างๆ กันก็มีความซึมเศร้าที่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ต้องขังนั้นถือเป็นผู้ด้อยโอกาสทางสังคมมีความเป็นอยู่ที่ไม่ดีนักจึงส่งผลต่อสภาพจิตใจและยังเป็นผู้ต้องขังสูงอายุ ที่การปรับตัวไม่ได้นักสุขภาพความแข็งแรงลดลงจึงเป็นเรื่องที่น่าศึกษาเพราะน่าจะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะความซึมเศร้า

2. เอกสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ไสว พรหมณี (วาทีนี บุญชะลίκη; และยุพิน วรสิริอมร. 2542 : 324; อ้างอิงจากไสว 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 ตามคำจำกัดความของมติสมัชชาโลกผู้สูงอายุที่นคร เวียนนา เมื่อ พ.ศ. 2525 หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จึงได้ใช้อายุนี้เป็นเกณฑ์เกษียณอายุการทำงาน แต่ในประเทศที่มีความเจริญทางการแพทย์พบว่า ผู้ที่มีอายุ 60 ปีแล้วยังแข็งแรงและยังสามารถทำงานได้ดี จึงมีความพยายามที่จะเพิ่มอายุของการเข้าสู่วัยสูงอายุให้สูงขึ้น คือเป็น 65 ปี หรือแม้แต่มีแนวโน้มจะเป็น 70 ปี (ชูศักดิ์ เวชแพศย์. 2538 : 2 – 3) สำหรับประเทศไทยได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุว่าหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และถือเป็นเกณฑ์ปลดเกษียณอายุราชการของประเทศไทยด้วย

ศรีธรรม ธนะภูมิ (2535 : 105) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะเริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไปภาวะชรามีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ การดูแลร่างกาย พันธุกรรมและการพัฒนาในอดีต วัยชราเป็นระยะสุดท้ายของชีวิต อาจมีช่วงเวลายาวนานถึง 10 – 20 ปี หรือมากกว่านั้นแตกต่างกัน ถ้ามีการเตรียมตัวเตรียมใจก่อนเข้าสู่วัยนี้ล่วงหน้ามาตั้งแต่วัยกลางคน จะสามารถปรับตัวรับบทบาทของวัยชรา

ได้ตามสมควรแก่ฐานะ วัยชราเป็นวัยของการพักผ่อนอย่างสงบ มีการพัฒนาจิตใจ สามารถปรับตัวต่อสภาพต่าง ๆ ในชีวิตได้อย่างภาคภูมิใจ

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 กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยาสสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ดังนั้นความสูงอายุหรือความชราภาพจึงเกี่ยวข้องกับความเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และความประพฤติที่เกิดขึ้นตามอายุ เช่น เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นความสามารถทางร่างกายจะลดลง 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) ได้กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ โดยสรุป 4 ลักษณะ ดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) เป็นการดูที่จำนวนปี หรืออายุที่ปรากฏจริงตามปฏิทินโดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาพิจารณาด้วย

2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Aging หรือ Biological Aging) โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี เช่น ผมเริ่มขาวขึ้น ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระ สายตายาว สิวระคาย

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Aging) เป็นการพิจารณาจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ สถิติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological Aging) เป็นการดูจากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลอื่นๆ ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานด้วย

จากเกณฑ์ทั้ง 4 ลักษณะนี้สามารถสรุปได้ว่า บุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้น สถิติปัญญา ความจำ การเรียนรู้ สภาพจิตใจจะเปลี่ยนแปลงไปบทบาทภาระหน้าที่ทางสังคมก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

2.3 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

2.3.1 ร่างกาย

วัยสูงอายุ ร่างกายมักจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม เนื่องจากอัตราการสลาย (Catabolism) มีสูงกว่าอัตราการสร้าง (Anabolism) ซึ่งตรงกันข้ามกับช่วงแรกของชีวิตที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายจะมีการสร้างในอัตราที่สูงกว่าการสลาย เนื่องจากร่างกายมีการเจริญเติบโตเพิ่มขึ้นจนถึงขีดสุดประมาณอายุ 25 ปี แล้วร่างกายก็เริ่มพัฒนาไปในทางเสื่อม มีผลทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง วัยสูงอายุจึงมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายด้านต่างๆ ดังนี้ (กัลยา นาคเพ็ชร ; และคนอื่นๆ.2542: 128-130)

2.3.1.1 การเปลี่ยนแปลงด้านประสาทการรับรู้และความสามารถในการเคลื่อนไหว

2.3.1.1.1 การมองเห็น ผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมของสายตามีทั้งสายตายาว และสายตามัวจากต้อเนื้อหรือต้อกระจก 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 ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์กล้ามเนื้อและเอ็น โดยมีขนาดเล็กลง การหดตัวช้าลง ความยืดหยุ่นจะน้อยลง ทำให้กล้ามเนื้อและเอ็นอ่อนแอ การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาที่ใช้กำลังมากๆ ช่วงระยะเวลานั้นๆ เช่น ยกน้ำหนัก กระโดดไกล มวยปล้ำ ยูโด จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อและเอ็นฉีกขาดได้ง่าย ส่วนข้อต่อและกระดูกจะมีการเสื่อมสภาพและบางลง จึงมีโอกาสเกิดข้ออักเสบหรือกระดูกสันหลังหักยุบได้ นอกจากนั้นการรับรู้สีกทรงตัวเสื่อมจึงทำให้ผู้สูงอายุอาจเสียการทรงตัวและเกิดหกล้มเป็นอันตรายได้มาก

2.3.1.2 การเปลี่ยนแปลงความสามารถทางสมอง

ในวัยนี้ผู้นำนักสมองจะลดลงเนื่องจากขนาดเซลล์ประสาทลดลง ทำให้ความจำเสื่อม จำเรื่องราวหรือเหตุการณ์ในอดีตได้แม่นกว่าเรื่องราวหรือเหตุการณ์ในปัจจุบัน มีอาการหลงลืมง่ายแต่บุคคลที่มีสุขภาพสมบูรณ์ ประสิทธิภาพของสมองจะเหมือนบุคคลวัยอ่อนกว่า สามารถทำงานได้ตามปกติ ปัจจุบันมีผู้นิยมใช้ฮอร์โมนเพศเพื่อช่วยรักษาความจำให้ดีขึ้น

สาเหตุของความเสื่อมทางสมองอีกปัจจัยหนึ่งที่พบบ่อยในวัยสูงอายุที่เป็นผลมาจากเจตคติของผู้สูงอายุเอง พบว่าส่วนมากผู้สูงอายุจะมีความเชื่อว่าอายุมากเกินที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และกลัวการถูกวิพากษ์วิจารณ์ถ้าหากจะลองพยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความ เชื่อยชา ยิ่งทำให้ความจำลดน้อยลง

2.3.1.3 การเปลี่ยนแปลงร่างกายด้านอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่

2.3.1.3.1 การเปลี่ยนแปลงการทำงานภายในร่างกาย ผู้สูงอายุจะปรับสภาพหรืออดทนต่อการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอุณหภูมิได้ช้าและได้น้อยทั้งอากาศร้อนและหนาว การรับรู้สีกบริเวณผิวหนังและปลายนิ้วลดลง เนื่องจากเส้นเลือดฝอยบริเวณผิวหนังลดลง ระดับการเผาผลาญอาหารลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออ่อนกำลัง มีผลทำให้อุณหภูมิของร่างกายคงที่ได้ยาก

2.3.1.3.2 ผิวหนังแห้งและหยาบ เหี่ยวยุบเป็นริ้วรอย เนื่องจากต่อมไขมันหรือต่อมเหงื่อเสื่อมสมรรถภาพลง ปริมาณไขมันที่กักตุนน้อยลงทำให้แก้้มตอบ

2.3.1.3.3 ผม มีสีขาว หงอก และเบาบางลง

2.3.1.3.4 ฟัน จะค่อยๆ หลุดร่อยหลอไป 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 หลังมักจะคอเมคังงอ เนื่องจากหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมและบางลง ในหญิงบางคนจะมีปริมาณแคลเซียมในกระดูกลดลง ทำให้กระดูกมีรูพรุน (Osteoporosis) มีโอกาสเปราะหักได้ง่าย โดยมากจะเกิดกระดูกกร่อนในส่วนของกระดูกข้อมือ กระดูกสะโพก กระดูกต้นขา และกระดูกสันหลัง ทำให้เกิดอาการปวดหลังและข้อได้ง่าย

2.3.1.3.7 การนอนหลับ ผู้สูงอายุจะนอนหลับยาก หลับไม่สนิท นอนไม่นาน อาจนอนหลับได้เพียง 2 – 3 ชั่วโมงต่อวัน ยิ่งอายุมากขึ้นก็ยิ่งหลับยาก

2.3.1.3.8 ความสามารถในการทำงานของไตลดลง เนื่องจากไตมีการสูญเสียเซลล์และมีเลือดไปเลี้ยงไตได้น้อยลง ทำให้การขับถ่ายของเสียออกจากไตเป็นไปไม่ได้เต็มที่ จึงมักพบมีการคั่งของสารยูเรียไนโตรเจนในเลือด

2.3.1.3.9 ระบบการไหลเวียนโลหิต การยืดหยุ่นของหลอดเลือดจะน้อยลง หากได้รับอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลมากจะทำให้เป็นโรคอ้วน และมีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์และโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแข็งตัว และโรคหัวใจขาดเลือดได้ง่าย

2.3.1.3.10 การเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ มีการเสื่อมพลังงานทางเพศ ความรู้สึกทางเพศสัมพันธ์ในผู้ชายจะยังคงมีและมีมากกว่าในผู้หญิง และยังสามารถมีบุตรได้กับหญิงในวัยเจริญพันธุ์

2.3.2 ด้านสังคม

วัยสูงอายุเป็นช่วงวัยแห่งการปลดเกษียณ ทำให้ต้องแยกจากสังคม ขาดการติดต่อกับเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง บทบาทหน้าที่ต่างๆเปลี่ยนแปลงไปจากบทบาทการเป็นผู้บริหาร การเป็นที่ปรึกษาของคนวัยกลางคน การเป็นหัวหน้าครอบครัว มาเป็นผู้ใหญ่ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเสียเป็นส่วนใหญ่ มีบ้างที่ให้ผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับประสบการณ์และพัฒนาการในวัยก่อนๆของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง บุคคลได้สร้างฐานะดี ทำงานมาก มีเงินมาก มีการเตรียมความพร้อมรับมือกับภาวะหลังปลดเกษียณดีก็ทำให้บุคคลนั้นคงความเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข มีความเป็นอยู่ที่พึงพอใจ มีเศรษฐกิจพอเพียง เป็นที่รักใคร่ของลูกหลาน แม้ว่าต้องลดบทบาทจากการเป็นผู้นำ

ครอบครัวมาเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว ให้นุตรมาเป็นผู้นำครอบครัวแทนด้วยความพึงพอใจ แต่ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลใดในช่วงวัยก่อนสูงอายุประสบกับความล้มเหลวของชีวิต ไม่สามารถสร้างครอบครัวได้สำเร็จ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะประสบแต่ความทุกข์ ฐานะเศรษฐกิจไม่ดี ไม่มีเงินบำนาญจุนเจือ จึงไม่กล้าติดต่อกับความสัมพันธ์กับใคร แยกตัวอยู่ตามลำพัง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจึงขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลและโอกาสที่จะเอื้ออำนวย เช่น ภาวะสุขภาพ สภาพเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในครอบครัว สภาวะการครองเรือน เป็นต้น ผู้สูงอายุจึงควรมีกิจกรรมที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง เช่น การปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ฯลฯ ช่วยให้เกิดความเพลิดเพลินในกิจกรรม เอื้อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบกลุ่มกิจกรรมทางสังคมที่มีความสนใจในแบบเดียวกัน (กัลยา นาคเพ็ชร ; และคนอื่นๆ.2542:131)

2.3.3 ด้านสติปัญญา

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความสามารถด้านสติปัญญาจะพัฒนาไปในทางเสื่อมลง เนื่องจากอวัยวะรับสัมผัสต่างๆมีการเสื่อมลง เช่น ตา มัว หู ตึง การรับรสชาต เป็นเหตุให้การรับรู้ช้าลงหรือบกพร่อง ประกอบกับมีความเสื่อมของสมองทำให้ความจำลดลง ผู้สูงอายุจะสามารถจำความหลังเก่าๆ ซึ่งเป็นความจำช่วงยาวได้ดีกว่าความจำในเหตุการณ์ที่เพิ่งผ่านพ้นไป ซึ่งเป็นความจำช่วงสั้น การเรียนรู้เรื่องใหม่ๆจะช้าลง ความว่องไวในการคิดจะลดลง บุคคลที่ทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลาหลายปีและต่อเนื่องสม่ำเสมอ เมื่อถึงวัยนี้การทำงานของสมองจะปกติ มีเชาวน์ปัญญาที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานเป็นประจำ (กัลยา นาคเพ็ชร ; และคนอื่นๆ.2542: 131-132)

2.3.4 ด้านความสนใจ

ความสนใจของบุคคลในวัยสูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะต่างๆ ดังนี้(กัลยา นาคเพ็ชร ; และคนอื่นๆ.2542: 132)

2.3.4.1 ความสนใจในตนเอง ช่วงนี้จะเป็นช่วงที่ส่วนใหญ่มักไม่ได้ประกอบอาชีพ มีชีวิตอยู่ภายใต้ความคิดของตนเองเกี่ยวกับอดีตและปัจจุบัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่แยกตัวเองอยู่ตามลำพัง มักจะมีความรู้สึกถูกละเลย ดึงดูดใจถึงตัวเองมากที่สุด มีความยึดมั่นในตนเอง ไม่ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น วัยนี้จึงวิตกกังวลเรื่องสุขภาพและความตาย

2.3.4.2 ความสนใจด้านศาสนา คนในวัยสูงอายุจะสนใจในการปฏิบัติธรรม ทั้งนี้เพราะศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ทำให้บุคคลได้ศึกษาหลักธรรมและความเป็นจริงของชีวิต ทำให้ไม่เกิดความกังวลกับความตายมากเกินไป

2.3.4.3 ความสนใจด้านเศรษฐกิจ รายได้ของวัยนี้มักจะเป็นผลจากการเก็บออมมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ บางคนต้องพึ่งพาอาศัยบุตรหลานอาจเกิดความคับข้องใจได้

2.3.5 ด้านอารมณ์จิตใจ

จันทร์เพ็ญ เนียมอินทร์ (2539 : 14 – 20) กล่าวว่าในวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายอย่าง 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 เนื่องจากในวัยผู้สูงอายุนี้นุตรธิดาก็มักจะมีครอบครัวกันแล้ว และแยกย้ายกันไปอยู่ต่างหาก โดยเฉพาะในลักษณะของสังคมยุคปัจจุบัน ที่ครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวมากกว่าลักษณะครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับลูกหลานของตนลดถอย โดยต่างคนต่างอยู่หรือมีการติดต่อสัมพันธ์กันหรือมีกิจกรรมร่วมกันลดลงกว่าเดิม ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ยิ่งขาดกำลังวังชาในการดูแลกิจกรรมในบ้านในครอบครัวของตนเองด้วยแล้ว ก็ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเจ็บเหงาเปล่าเปลี่ยว เกิดความซึมเศร้า เปื่อหน่ายเกิดขึ้นได้ง่าย

2.3.5.4 ความสูญเสียสมรรถนะทางเพศ ซึ่งเป็นการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ทางจิตใจของคนเรา อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกาย ทำให้เกิดการเสื่อมในสมรรถนะทางเพศ ตลอดจนความสวยงามสดงดงามของรูปร่างหน้าตาก็หมดไปด้วย ผลอันนี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล เพราะรู้สึกว่าตนเองขาดความดึงดูดความสนใจจากเพศตรงข้าม ยิ่งทำให้เพิ่มความหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิตยิ่งขึ้น

จากผลของการสูญเสียในสิ่งต่างๆดังกล่าวแล้ว มีผลทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางใจในผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เกิดความรู้สึกว่าเหว รู้สึกหมดหวังท้อแท้ในชีวิต เกิดความซึมเศร้า ประกอบกับถูกโหมจ้ำจอนจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและพบว่า ตนเองความจำก็ไม่ดี การได้ยินก็ไม่ได้ชัดเจน ยิ่งทำให้อารมณ์หวั่นไหวมากยิ่งขึ้น จนทำให้ในบางคนปรับตัวไม่ได้ เกิดป่วยทางสุขภาพจิตได้

ในขณะนี้ ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยๆ คือ โรคซึมเศร้า โรคจิตในวัยสูงอายุ การฆ่าตัวตาย และโรคกลุ่มอาการทางสมองที่มีการกระทบกระเทือนทางจิตใจ อันเกิดจากเส้นเลือดตีบในสมอง

สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุมีสาเหตุดังนี้

1. ความจำ

ผู้สูงอายุอาจจะมี ความจำเรื่องราวในอดีตได้อย่างสมบูรณ์ ในขณะที่ความจำต่อสิ่งใหม่ๆ มีน้อย กล่าวสั้นๆ ก็คือ เรื่องใหม่ลืมนำ เรื่องเก่าจำได้ดี จากกฎการถอยกลับของไรบอตต์ (Ribot's Law of Regression) พบว่า ผู้สูงอายุจะจำเหตุการณ์ในวัยเด็กได้ง่ายและชัดเจนกว่าเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น การมีชีวิตอยู่กับอดีตและความหลังเป็นสิ่งที่ปกติวิสัยของผู้สูงอายุ ความทรงจำต่อเหตุการณ์ที่เพิ่งผ่านไป ผู้สูงอายุมักจะจำคำบอกเล่าได้ดีกว่าสิ่งที่พบเห็นจริงด้วยตนเอง ด้วยเหตุนี้การช่วยความทรงจำของผู้สูงอายุโดยอาศัยเนื้อความสำคัญในการบอกเล่านั้นๆ เป็นประเด็นไป

2. สติปัญญา

ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมของสมอง ความคิดความอ่านช้าลง แต่ความแม่นยำยังคงมีเท่าๆ กับคนหนุ่มสาว ถ้าให้เวลามากขึ้น ความสามารถในการแสดงความคิดเห็นและวิจารณ์งานจะทำได้ดีในสถานการณ์ที่ต้องอาศัยประสบการณ์ ความสุขุมรอบคอบ ความสามารถในการวิเคราะห์และคำนวณสิ่งต่างๆ จะลดลง แต่ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาษายังคงมีอยู่จนกระทั่งระยะสุดท้ายของชีวิต

3. การเรียนรู้

ผู้สูงอายุจะมีความกระตือรือร้นในการเรียน ความเข้าใจน้อยและช้าลง ซึ่งสิ่งนี้จะมีความสัมพันธ์กับการใช้ความจำที่ลดน้อยลง ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกเหนื่อยและคิดว่าในช่วงชีวิตที่ยาวนานของตนเอง ได้เกิดการเรียนรู้มาพอเพียงแล้ว ต้องการการพักผ่อนมากกว่า

4. ความตายของบุคคลผู้ใกล้ชิด

ความตายของบุคคลผู้ใกล้ชิดเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความกลัวหวั่นวิตกกังวลเป็นอย่างยิ่ง และจะเกิดความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง ไม่มั่นใจและระอคอยระยะเวลาที่ความตายจะมาถึงตนเอง จะทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเครียด และตกอยู่ในความอ้างว้างเดียวดายอย่างยิ่ง 3 ใน 4 ของบุคคลผู้เสียชีวิตมักจะมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ความตายของญาติและเพื่อนสนิท ความเศร้าโศกอาดูรที่เกิดขึ้นในบั้นปลายของชีวิตเป็นสิ่งที่คนสูงอายุปรับตัวปรับใจได้ยาก รูปแบบการแสดงออกซึ่งอารมณ์ ความรู้สึกเศร้าโศกอาดูรจะไม่เหมือนในวัยหนุ่มสาวทั่วไป บางรายอาจเก็บความรู้สึกไว้ ไม่มีการเวทนาคร่ำครวญ บางรายแสดงออกมาในลักษณะบอกเล่าถึงความผิดปกติทางร่างกายอยู่ตลอดเวลา

การสูญเสียคู่ชีวิต คู่คิดหรือเพื่อนคุยที่เข้าใจกันดีมาเป็นระยะเวลานาน จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกหดหู่ เศร้า เดียวดาย หงอยเหงา อ้างว้างเป็นอย่างยิ่งและหากการสูญเสียนี้เกิดขึ้นกะทันหัน

โดยมิได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าแล้วจะมีผลต่อสภาพจิตใจอย่างรุนแรงจนบางครั้งผู้สูงอายุที่อยู่เกิดการ ต่อมใจ เป็นผลทำให้การทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆทำงานที่ช้าลง อ่อนลงเพราะขาดกำลังใจได้

5. บุคลิกภาพ

ลักษณะและรูปแบบของบุคลิกภาพดั้งเดิมจะคงไว้ได้ แต่ลักษณะเด่นเฉพาะจะแสดงออกมา มากขึ้น เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น Neugarten ได้แบ่งรูปแบบของบุคลิกภาพที่มนุษย์ปรับตนเองเข้าสู่วัยชราและ ครอบคลุมวัยชราไว้ดังนี้คือ

5.1 บุคลิกภาพแบบผสมผสาน (Integrated personalities) คนส่วนมากจะอยู่ในรูปแบบนี้ ซึ่งจำแนกเป็นรูปแบบย่อยได้ดังต่อไปนี้

5.1.1 “Reorganizers” กลุ่มนี้จะค้นหากิจกรรมหรือหาพฤติกรรมปรับปรุงความสามารถ ดั้งเดิมที่หายไป จะมีการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันสูงและมีความพึงพอใจค่อนข้างมาก

5.1.2 “Focused” เป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมและระดับความพึงพอใจปานกลาง

5.1.3 “Disengaged” เป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมน้อย แต่มีระดับความพอใจสูง

5.2 บุคลิกภาพแบบต่อต้าน (Armoured or defended personalities) บุคลิกภาพแบบนี้จะ แบ่งออกได้เป็น

5.2.1 “Holding on” เป็นกลุ่มที่เกลียดกลัวความชรา พยายามยึดรูปแบบบุคลิกภาพของ ตนในวัยกลางคนไว้และมีความพึงพอใจในระดับสูงต่อการยึดถือเช่นนี้

5.2.2 “Constricted” เป็นกลุ่มที่เกลียดกลัวความชราเช่นกัน จึงชอบจำกัดบทบาทและ พฤติกรรมของตนเอง จะมีความพึงพอใจสูงถ้าบทบาทของตนเองมีน้อยตามที่คาดหวังไว้

5.3 บุคลิกภาพเฉยชาและพึ่งพาบุคคลอื่น (Passive – dependent personalities)

5.3.1 “Succurance – Seeking” เป็นกลุ่มที่พึ่งพาบุคคลอื่น เพื่อตอบสนองความ ต้องการด้านอารมณ์ของตนเอง

5.3.2 “Apathic or Rocking Chair” กลุ่มนี้จะแสดงพฤติกรรมเฉยชา มั่นทม ไม่สนใจใฝ่ ดีต่อสิ่งแวดล้อม มีกิจกรรมน้อย มีความพอใจระดับปานกลางและต่ำ

5.4 บุคลิกภาพแบบขาดการผสมผสาน (Unintegrated personalities)

พวกนี้ไม่สามารถปรับตัวปรับใจให้ยอมรับความชราของตนเองได้ ขาดการควบคุม อารมณ์ มีการบกพร่องด้านความคิดอ่านและภาวะจิตใจอย่างเห็นได้ชัด จะยังคงอยู่ในชุมชนได้ แต่จะมี พฤติกรรมและความพึงพอใจต่อชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

ผู้สูงอายุส่วนมากจะยึดถือต่อความคิดเห็นของตนเอง ยึดมั่นต่อสิ่งดั้งเดิม ไม่ค่อยยอม เปลี่ยนแปลงสิ่งใดง่ายๆ โดยเฉพาะถ้าสิ่งนั้นทำให้เขาประสบความสำเร็จมาแล้วในอดีต ความหัวเก่าหรือ

การไม่ยอมเปลี่ยนแปลงอะไรง่าย ๆ ในผู้สูงอายุที่มีมากขึ้นนั้นเป็นผลมาจากความกดดันทางสภาพเศรษฐกิจและสังคม

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

ผู้สูงอายุบางรายที่มีอายุมาก จะมีความภาคภูมิใจในควมมีอายุยืนยาวของตนเอง และมักมีความวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของตนเองน้อยลง ยอมรับสภาพความเป็นจริง ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจในผู้สูงอายุ

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจในผู้สูงอายุ แยกได้ 4 ประการ คือ

1. การรับรู้ ผู้สูงอายุมักจะยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้ต่อสิ่งใหม่เป็นไปได้ยาก เพราะความสามารถและประสิทธิภาพของอวัยวะรับรู้ความรู้สึก การสื่อสาร และการรับรู้เสื่อมสมรรถภาพลง ความสามารถในการจำลดถอย ทำให้การทำความเข้าใจกับการสื่อสารด้วยภาษาพูด กิริยาท่าทางหรือการสื่อในรูปแบบอื่นๆ เป็นไปอย่างช้าๆ และไม่สมบูรณ์ การแปลความหรือตีความมีโอกาสผิดพลาดง่าย ต้องอาศัยเวลา ผู้สูงอายุมักจะใช้ประสบการณ์ที่เคยผ่านมาเป็นเครื่องประกอบการตัดสินใจ การรับรู้ของตน บางครั้งการรับรู้นั้นก็ลำเอียงไปตามความเข้าใจของตน ด้วยลักษณะดังกล่าวนี้ผู้สูงอายุจึงมักมีความคิดเห็นไม่ตรงกับผู้อ่อนวัยกว่า และมักจะขัดแย้งกัน อีกประการหนึ่งผู้สูงอายุจะมีความคิดและคตินิยมดั้งเดิมเป็นอารมณ์อยู่ ซึ่งเปลี่ยนแปลงยาก เพราะเป็นนิสัยที่ปลูกฝังมานานนับสิบปี

2. การแสดงออกทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นกลไกเกี่ยวเนื่องกับการสนองความต้องการของจิตใจ ต่อการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ต่างๆ ส่วนใหญ่จะเป็นความท้อแท้และน้อยใจ โดยรู้สึกว่าสังคมมิให้ความสำคัญแก่ตนเอง ดังที่เคยเป็นมาแต่ก่อน บางครั้งก็ลืมไปว่าตนได้ถึงวาระแห่งการเปลี่ยนแปลงแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนจิตใจเพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์จะเป็นอยู่ชั่วระยะเวลาหนึ่ง เมื่อผู้สูงอายุเริ่มยอมรับและปรับสภาพได้ว่า เมื่อมีอายุต้องมีความสูญเสียต้องมียุทธวิธีใหม่ที่มีใช้ผู้ปฏิบัติเอง เป็นแต่เพียงผู้แนะนำหรือบางทีต้องเป็นผู้รับการดูแล เพราะข้อจำกัดต่างๆ ของสังขาร ความมีเหตุผลและประสบการณ์การเรียนรู้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้จักการสกัดกั้นทางอารมณ์และแสดงออกในทางที่ดีขึ้น

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

4. ความสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดล้อมเฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและตรงกับ ความสนใจของตนเองเท่านั้น โดยมีอารมณ์เป็นพื้นฐาน ความสนใจส่วนใหญ่จะมุ่งไปที่ตัวเอง เพราะมีเวลาที่จะคิดถึงตนเอง เนื่องจาก ห่างจากภาระกิจการงานและสังคม จะชอบหรือสนใจในสิ่งที่ตนคุ้นเคยเท่านั้น งานแปลกใหม่อื่นๆจะไม่ชอบ ความสนใจสิ่งแวดล้อมอื่นๆอาจมีอยู่บ้าง แต่ลดถอยไปมาก ชอบชีวิตเรียบง่าย ความมุ่งหวังหรือใฝ่ฝันในชีวิตลดลงหรือไม่มีเลย ชอบที่จะเป็นผู้ตามมากกว่าผู้นำ ยกเว้นบางคนที่ยังคงความสามารถอยู่ แต่น้อยคนมาก

2.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีการศึกษา 2 ด้าน ด้วยกัน คือ ในด้านร่างกายและด้านจิตใจ ทฤษฎีผู้สูงอายุซึ่งจะนำเสนอในที่นี้ จึงมีทฤษฎีทางชีววิทยา ซึ่งกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยา และสรีรวิทยาในผู้สูงอายุกับทฤษฎีทางด้านจิตใจ ซึ่งอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

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

2.4.1 ทฤษฎีทางด้านร่างกาย

2.4.1.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories) นักชีววิทยาหลายท่านได้อธิบายถึงกระบวนการทางชีววิทยา สรีรวิทยา และการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างต่างๆในวัยสูงอายุ และทฤษฎีนี้มีหลายทฤษฎีย่อย ได้แก่

2.4.1.1.1 ทฤษฎีเซลล์ (Cell Theory) อธิบายว่า เซลล์บางชนิดมีการสร้างขึ้นมาใหม่ตลอดเวลา ตาไม่อาจทำหน้าที่ได้มีประสิทธิภาพทัดเทียมกับเซลล์ที่ตายไปแล้ว เช่น เซลล์ผิวหนังชั้นบน เซลล์บุผนังลำไส้ เซลล์ระบบไหลเวียนของเลือด เซลล์เหล่านี้ถูกกระทบกระเทือนทำให้เกิดการเสียดสีหรือระคายเคืองโดยสิ่งแวดล้อมได้ง่าย เชื่อว่าสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสารในเซลล์ถูกทำลาย ทำให้ความสามารถในการส่งอาหารและออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อมีประสิทธิภาพลดลง

2.4.1.1.2 ทฤษฎีการถูกกำหนด (Programing Aging Theory) วิลสันเชื่อว่า ยีนส์เป็นตัวกำหนดการเปลี่ยนแปลงตลอดช่วงอายุของคน

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

2.4.1.1.4 ทฤษฎีโมเลกุล (Molecular Theory) อธิบายว่า สาเหตุของการสูงอายุเกิดจากการถ่ายทอด DNA ทำให้เซลล์ใหม่แตกต่างไปจากเดิม จึงทำหน้าที่เปลี่ยนไป

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

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

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

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

2.4.1.2 ทฤษฎีทางสรีรวิทยา (Physiological Theory) เชื่อว่า ศูนย์ควบคุมความร้อนไฮโปธาลามัสซึ่งอยู่ในสมองทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของต่อมไร้ท่อ จะเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยลงเมื่ออายุมากขึ้น

2.4.2 ทฤษฎีทางด้านจิตใจ

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

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

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

2.4.2.2 ทฤษฎีด้านสังคมวิทยา (Sociological Theories) เป็นทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับวิถีทางในการปรับตัวของผู้สูงอายุในช่วงสุดท้ายของชีวิต พยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป และการปรับตัวต่อสถานภาพนั้นๆ ทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับและใช้ในการศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุมาแล้ว มี 2 ทฤษฎีด้วยกัน คือ ทฤษฎีกิจกรรมทางสังคม (Activity Theory) และทฤษฎีถอยออกจากสังคม (Disengagement Theory) (เพ็ญแข ประจณปัจจนิก.2543: 14-15) มีรายละเอียดดังนี้ คือ

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

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (จันทร์เพ็ญ เนียมอินทร์ .2539 : 30 อ้างอิง จากสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.2538:8) ได้อธิบายทฤษฎีกิจกรรมทางสังคมว่า บุคคลควรมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นพอใจในชีวิต เชื่อว่าการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมจะช่วยให้รักษาสุขภาพ และบุคลิกภาพของบุคคลไว้ได้ และจะดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข

2.4.2.2.2 ทฤษฎีถอยออกจากสังคม (Disengagement Theory) อธิบายว่า บุคคลจะลดบทบาททางสังคมลงไปตามอายุ ซึ่งจะอยู่ในลักษณะที่สมยอมทั้งสองฝ่าย คือ ฝ่ายตัวบุคคล และฝ่ายสังคม และผู้ชราจะพยายามลดความขัดแย้งจากสถานภาพ โดยการยอมรับบทบาทของตนตามที่สังคมต้องการ กระบวนการถอยออกจากสังคมจะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล แต่ตามแนวคิดนี้บุคคลจะค่อยๆ

ลดความผูกพันต่อสังคมลงเป็นลำดับ โดยที่มีความตระหนักรู้ด้านอายุ และความคับแคบของประสบการณ์ที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งความสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุวัยชราจะค่อยๆ ลดบทบาททางสังคมของตนลง ทำให้สูญเสียสถานภาพทางสังคม ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า แม้ว่าทฤษฎีถอยจากสังคมได้รับการวิจารณ์ในเชิงลบอยู่บ้าง เช่น กล่าวว่าการถอยออกจากสังคมจะเกิดในผู้ชราบางช่วงอายุหรือในบางพฤติกรรมเท่านั้น หรือมีการถอยจากบทบาทบางอันเท่านั้นที่ไม่พอใจ แต่ยังคงพอใจที่จะรักษารoles บทบาทอื่นๆ ไว้ นอกจากนี้แล้วพบว่า ผู้ชราบางกลุ่มพอใจที่จะอยู่คนเดียว และถือว่าเป็นประสบการณ์ที่ดี แต่อย่างไรก็ตาม ทฤษฎีนี้ยังคงเป็นทฤษฎีนำในการศึกษาการปรับตัวทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย(จันทร์เพ็ญ เนียมอินทร์ .2539 : 30 อ้างอิง จากสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.2538:8) อธิบายว่า ทฤษฎีถอยจากสังคมเป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยการเลือกเกี่ยวข้องกับ หรือการไว้ภาระผูกพัน ซึ่งประกอบด้วย การลดบทบาททางสังคม คนหนุ่มสาวเข้ามาแทนที่ ผู้สูงอายุควรต้องเตรียมตัวรับกับความตายที่จะเกิดขึ้น จึงไม่ทำให้สังคมเกิดภาวะเสียสมดุล การเลิกเกี่ยวกับสังคม เป็นกระบวนการต่อเนื่องสำหรับทุกคน จะหลีกเลี่ยงไม่ได้ ความแตกต่างในบุคลิกภาพไม่ใช่สิ่งสำคัญ

เกี่ยวกับทฤษฎีทั้งสองนี้ เพ็ญแข ประจันปัจฉิน (2534 : 15 - 16) ได้สรุปไว้ว่า ในทฤษฎีกิจกรรมทางสังคมนั้น ผู้ชรายังมีความคล้ายคลึงกับบุคคลในวัยกลางคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการทางจิตใจ และสังคม การลดบทบาทจึงเป็นการคัดค้านกับสิ่งที่ต้องการ และจะพยายามต่อต้านหรือหาทางอื่นๆ มาทดแทนบทบาทที่สูญเสียไป แต่ทฤษฎีถอยจากสังคมนั้น กระบวนการลดบทบาททางสังคมเป็นกระบวนการที่ยอมรับจากตัวบุคคล คือ ผู้ชรา ซึ่งอธิบายได้ว่า เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ชรา ซึ่งได้แก่ ความต้องการที่จะสนใจต่อตนเองมากขึ้น จึงเป็นส่วนช่วยให้เต็มใจที่จะให้ลดบทบาททางสังคม ซึ่งลักษณะที่เกิดขึ้นนี้ช่วยทำให้เกิดความสมดุลระหว่างตัวบุคคลกับสังคม แต่ในการถอยจากสังคมนั้นพบว่า มีความแตกต่างระหว่างบุคคลเกิดจากกระบวนการภายในตัวบุคคลที่ไม่เท่ากัน เป็นเหตุให้มีพฤติกรรมถอยจากสังคมไม่เท่ากัน

2.5 ปัญหาของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุต้องจัดการกับการเปลี่ยนแปลงมากมาย ต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เปลี่ยนไปตามกาลเวลา และต้องเผชิญกับการสูญเสียคู่ชีวิต ครอบครัวและเพื่อน การเกษียณ นำมาสู่การสูญเสียรายได้และโอกาสการเข้าสังคม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการมีสัมพันธภาพกับเด็กโต ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยๆ และบางครั้งการสูญเสียหลายอย่างเกิดขึ้นในเวลาพร้อมๆ กัน เช่น ผู้ที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับเส้นเลือดแตกในสมอง ต้องเผชิญกับการสูญเสียหน้าที่การทำงาน สุขภาพร่างกาย การเคลื่อนไหว รูปลักษณ์ และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในเวลาพร้อมๆ กัน

การสูญเสียซึ่งเกิดขึ้นในเวลาเดียวกันทำให้ความสามารถในการจัดการปัญหาของผู้สูงอายุลดลง ดังนั้นจึงต้องมีการเรียนรู้กิจกรรมใหม่ๆ และสนใจที่จะทำให้มีคุณภาพชีวิต สำหรับผู้สูงอายุบางคนมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างง่ายดาย แต่อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงชีวิตก็ทำให้เกิดความเครียดครั้งยิ่งใหญ่ ปัญหาในการปรับตัวของผู้สูงอายุมีดังนี้ (Valfre, M.M. 2001: 189-195)

2.5.1 การปรับตัวด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องปกติของการสูงอายุ หลายคนเชื่อว่าผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ แต่อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีกิจกรรมตลอดชีวิต การเดินออกกำลังกาย และการออกกำลังกายให้กล้ามเนื้อแข็งแรงจะสามารถป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการสูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องมีการเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน จากการที่มีความท้อแท้และความสามารถในการทำงานลดลง เช่น เปลี่ยนการรับประทาน แบบแผนการนอนหลับ ปรับความดันเลือดที่เพิ่มขึ้น ลดความจำของแสงไฟ เป็นต้น

การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดปัญหามากมายและมีความเสี่ยงสูงต่อความผิดปกติของสุขภาพจิต อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภาวะทางจิตใจ

2.5.2 การปรับตัวด้านจิตสังคม

ปัจจุบันการสูงอายุได้กลายเป็นเรื่องที่เปิดเผย สุขภาพของครอบครัวและเพื่อนได้ถูกวางแผนระยะยาว ปัญหาของผู้สูงอายุมีความเชื่อมโยงกับเงิน ความพอเพียงของอาหารและที่อยู่อาศัย หรือการดูแลสุขภาพ การสูญเสียความรัก ฐานะทางสังคมได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่เหมาะสม การดูแลผู้สูงอายุเป็นการเพิ่มเติมสำหรับการสูญเสียบุคคลในครอบครัว โดยการส่งเสริมด้านอารมณ์ และการสนับสนุนทางสังคม

2.5.3 การปรับตัวด้านเศรษฐกิจ

ทักษะของผู้สูงอายุมีความกังวลในเรื่องเงินทองและความปลอดภัยด้านทรัพย์สินแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่หนุ่มสาว ด้วยวัยอายุ 80 ปี ซึ่งได้ผ่านประสบการณ์ความยากลำบาก และหล่อหลอมเป็นความทรงจำ จึงไม่แปลกที่ผู้สูงอายุบางคนมีพฤติกรรมที่ดูแปลก เช่น ชอบสะสมสิ่งที่ไม่ดีเหมือนไม่มีประโยชน์ ซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์การเรียนรู้ ทักษะชีวิตที่ผ่านมานั่นเอง

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

2.5.4 การปรับตัวด้านบ้านพักอาศัย

ผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาที่อายุมากกว่า 65 ปี ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวกับคู่สมรส มีประมาณหนึ่งในสามส่วนที่อาศัยคนเดียว และประมาณ 15% ที่อาศัยอยู่กับคนอื่น (U.S. Bureau of the Census, 1998) ซึ่งสถิตินี้ยังไม่แน่นอน เพราะไม่สามารถนับจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีบ้านได้ เนื่องจากผู้ที่ไม่มียานพาหนะต่อการนับได้ จากปัญหามีบ้านมากเกินไปเป็นผลจากหนึ่งในคู่สมรสได้จากไป ทิ้งให้อีกคนหนึ่งเป็นผู้ดูแลทรัพย์สิน เพราะเพศหญิงมีแนวโน้มที่อายุยืนยาวกว่าเพศชาย ดังนั้นผู้หญิงต้องเผชิญกับปัญหาการดูแลบ้าน ดูแลรักษาในสิ่งที่ไม่รู้ และต้องอยู่เป็นหม้ายอีกหลายปี ในที่สุดจึงต้องเคลื่อนย้ายเพื่อหาที่อยู่ทีปลอดภัย รับผิดชอบและมีการบำรุงรักษาน้อยลง

ส่วนปัญหาที่อยู่อาศัยไม่เพียงพอ หรือไม่มีบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางจิตใจ มีความต้องการผู้ดูแลที่ไว้วางใจได้

เมื่อประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จึงได้มีการพัฒนาการจัดการปัญหาที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ สนับสนุนเรื่องที่อยู่อาศัย สนับสนุนการเงินเพื่อที่อยู่อาศัย สิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิต

2.5.5 การปรับตัวต่อการสูญเสียและความตาย

คนทุกคนต้องมีทางเดินชีวิตกับผู้ร่วมงาน เพื่อน และบุคคลที่มีความสำคัญต่อชีวิต เมื่อเวลาผ่านไป ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องสูญเสียบุคคลที่มีความสำคัญในการสนับสนุนด้านอารมณ์ สุขภาพที่ดี เมื่อต้องสูญเสียคู่ชีวิตจึงต้องเผชิญปัญหาเพียงลำพัง ความซึมเศร้ามักเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่ต้องสูญเสียคู่ชีวิต

การสูญเสียในผู้สูงอายุมีหลายรูปแบบ เช่น สูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย ความอดทน ไหวพริบในการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นหนึ่งในปัญหาที่ยากมากที่สุดในผู้สูงอายุ

2.5.6 ปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

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

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จะพบว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่เข้าสู่ช่วงของการเสื่อมถอยของชีวิตเป็นช่วงที่ร่างกายจะปรับตัวยากมากขึ้น ชีวิตที่ผ่านมาจะเป็นตัวกำหนดว่าในช่วงวัยชราจะพบกับความสุข หรือโศกเศร้า ในทฤษฎีกิจกรรมทางสังคม ถ้าผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมในสังคมได้จะทำให้มีความพอใจในชีวิต ซึ่งอาจจะเป็นเพียงคนชราบางกลุ่มเท่านั้นที่สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าได้ และด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่น่าจะมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะความซึมเศร้าได้ ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ในการศึกษาเรื่องของความซึมเศร้าที่เกิดในผู้สูงอายุ

3. เอกสารเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

3.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

อรรถพรณ ทองแดง (2542 : 1) ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่ง ซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง หดหู่ ความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ซบเซาอยู่เงียบๆคนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมากจะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย

โสมสิริ รอดพิพัฒน์ (2547 : 14 – 15) ได้รวบรวมความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ ดังนี้

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

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

Beck กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นรูปแบบของความรู้สึก โดยมีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง ต่ำหนีดตนเอง มีความเปราะบางทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ มีกิจกรรมทางกายลดลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีได้หลายระดับ อาจเริ่มตั้งแต่เกิดความวิตกกังวล และรุนแรงขึ้น จนกระทั่งทำให้คนๆ นั้นมีอาการเฉื่อยเมย เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม ตัดตัวเองออกจากสังคม และไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

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

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมา ได้สรุปเป็นความหมายของภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ว่า เป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ การคิดรู้ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออก และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ

3.2 ทฤษฎีของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยอิสระหรือเป็นปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทางชีวภาพและจิตสังคม ยังไม่มีทฤษฎีใดที่จะอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้สมบูรณ์ การได้เข้าใจสาเหตุของภาวะซึมเศร้าจะมีความสำคัญต่อรูปแบบของการดูแล ซึ่ง ฉัตรพร อุณนาภิรักษ์ (2547 :30 – 31) ได้กล่าวถึงทฤษฎีของภาวะซึมเศร้าไว้ดังต่อไปนี้

3.2.1 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theories)

ทฤษฎีหนึ่งทางจิตวิทยาที่รู้จักกันแพร่หลาย คือ cognitive triad theory ของ Beck และคณะ สามารถอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในบุคคลทั่วไปและผู้สูงอายุ Beck และคณะ สรุปว่า คนทั่วไปจะรู้สึกชื่นชมตัวเองในเรื่องเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตัวเอง ประสบการณ์ของตัวเอง 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 เรียนรู้ที่ไม่มีความสามารถจะป้องกันได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทฤษฎีนี้จึงสามารถอธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ประสบกับการสูญเสีย หรือต้องพึ่งพาได้ ผลการวิจัยดัชนีบ่งชี้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า การที่ผู้สูงอายุมีทางเลือก การมองโลกในแง่ดี การมีความหมายในตัวบุคคล ความสามารถในการช่วยตัวเองได้ เป็นปัจจัยที่ต่อต้านภาวะซึมเศร้า

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 กษานติกุล (2542 : 82 – 87) ได้รวบรวมสาเหตุของภาวะซึมเศร้าไว้ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคม วัฒนธรรม ที่บีบคั้นและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมเรียกว่า ปัจจัยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial factors) โดยปัจจัยแต่ละด้าน จะมีอิทธิพลมากหรือน้อย แตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน (ตาราง1)

ตาราง 1 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอารมณ์ผิดปกติ

1) ปัจจัยเสริม (predisposing factors)

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

2) ปัจจัยเร่ง (precipitating factors)

- ความพิการทางกาย (physical loss)
- สภาพแวดล้อมหรือครอบครัวยากจน (poverty), ยุ่งเหยิง ห่างเหิน แยกแยก พี่น้องไม่ปรองดองกลมเกลียว
- ปัจจัยทางสังคมในปัจจุบัน ไม่มีมนุษยสัมพันธ์ ขาดความผูกพัน (no intimacy)
- ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม
- มีปัญหาชีวิต (loss of love) พบกับความล้มเหลวผิดหวัง เช่น สอบตก ออกหัก ธุรกิจการค้าขาดทุน
- หหมดความภูมิใจในตนเอง (loss of self – esteem)
- ถูกฉวนลามทางเพศ

3) ปัจจัยให้ป่วยต่อเนื่อง (perpetuating factors)

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

3.3.1 สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic models)

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

Abraham อธิบายว่าความเศร้าเกิดจากการหันเหความโกรธและความก้าวร้าวเข้าหาตัวเอง เนื่องจากมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย คือ ทั้งรักและโกรธ (ambivalence) ต่อบุคคลสำคัญในชีวิต ผู้ที่เป็นที่รักและเป็นที่พึงพิงทางอารมณ์ แต่ก็เป็นผู้ที่สร้างความผิดหวังและความคับแค้นใจให้ด้วย และภาวะ κρίνει (ไฮโปเมเนีย) หรือคลุ้มคลั่ง (เมเนีย) เกิดจากการสูญเสียหรือไม่ได้รับความรักจากบิดามารดา ทำให้มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ครั้งเยาว์วัย (primal depression) โดยการปฏิเสธ (denial) หรือกลบเกลื่อนความเศร้าด้วยท่าทีรื่นเริงและครื้นเครงของภาวะไฮโปเมเนียหรือเมเนีย

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

ทฤษฎี Ego Psychology

Jacobson อธิบายว่าภาวะเศร้า เกิดจากการขาดความรักความอบอุ่นในวัยทารก (infantile deprivation) และมีความคับแค้นใจ (frustration) ทำให้มีการหยุดชะงักของการพัฒนา ego และ superego บุคคลนั้นจึงไม่สามารถปรับตัวกับโลกแห่งความเป็นจริงด้วยวิธีการ (กลไกทางจิต การปรับสภาพ และการควบคุมตนเอง) ที่เหมาะสม ส่งผลให้หดความภาคภูมิใจในตัวเองและรู้สึกไร้ค่าซึ่งเป็นลักษณะของภาวะซึมเศร้า

Bibring อธิบายว่าภาวะเศร้าเกิดจากความขัดแย้งของ Ego เองที่ไม่สามารถบรรลุถึงอุดมคติแห่งตน (ego ideal) คือต้องการเป็นที่รัก (loved) เด่น (superior) เป็นคนดีที่น่ารัก (good loving) มิใช่ความขัดแย้งระหว่าง ego กับ superego หรือ ego กับ บุคคลอื่น ภาวะวิตกกังวลและภาวะเศร้าเป็นปฏิกิริยาของ ego ขึ้นพื้นฐาน แต่เป็นคนละทิศทาง โดยภาวะวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาต่อภัยอันตรายทั้งภายนอก

และภายใน มีการใช้กลไกทางจิตในแบบสู้(fight) หรือหนี(flight) แต่ในภาวะซึมเศร้า ego จะดูเหมือนสับสน(paralyzed) ทำให้รู้สึกท้อถอยและหมดความภาคภูมิใจ

ทฤษฎีอื่นๆ ได้แก่

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

Adolf Myer ไม่ได้ให้ความสำคัญของปมขัดแย้งในจิตใจ แต่อธิบายว่าโรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนอง(reaction)ต่อสภาพชีวิตที่คับแคบ เช่น การสูญเสียคนรัก การเจ็บป่วย ปัญหาการเงิน

Sullivan เชื่อว่าปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) หรือสภาพสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคทางจิตต่างๆ รวมทั้งโรคซึมเศร้า

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

3.3.2 สาเหตุจากมีความคิดแง่ลบ (Negative Cognition)

Aron Beck อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่าเกิดจากการมีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่าคนเราคิดอย่างไร ก็รู้สึกอย่างนั้น 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 ท้อถอย(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) ที่ข้อต่อปลายประสาท(synapses) และตัวส่งข่าวที่สอง(second messengers) ของเซลล์สมองบริเวณลิมบิก(Limbic)

3.3.4.2 ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) โดยเห็นจากผู้ป่วยโรคคุชชิงหรือผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษ จะมีความผิดปกติของอารมณ์ด้วยได้บ่อยๆ

3.3.4.3 ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (neurophysiology) โดยเกี่ยวข้องกับชีวภาพ เช่น คลื่นสมองขณะหลับ การตื่นตัวของสมอง หรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลายไอเดียมและโพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาท การมีแคลเซียมในเซลล์ปริมาณสูง ทำให้เป็นพิษต่อเซลล์(cytotoxic) อาจเกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์ผิดปกติโดยเฉพาะไบโพลาร์ เป็นต้น

3.4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า

สมภพ เรื่องตระกูล (2543 : 16 – 17) กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลให้เป็นโรคซึมเศร้าได้ง่ายในผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

3.4.1 มีความอ่อนแอเนื่องจากร่างกายหย่อนสมรรถภาพหลายๆอย่าง ดังต่อไปนี้

3.4.1.1 หลอดเลือดแข็ง ทำให้เลือดไปสู่สมองน้อยลง มีอาการหลงลืมง่าย การรู้ การเข้าใจจะไม่ดีเหมือนเดิม

3.4.1.2 หัวใจและปอดทำงานน้อยลง ทำให้เกิดอาการเหนื่อยง่าย

3.4.1.3 ความไวต่อการรับรู้ลดลง เช่น ตามัว หูตึง และการรู้รส

3.4.1.4 มีอาการของระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องแน่น อืดเฟ้อ อาหาร ไม่ย่อย 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 ซึ่งต้องเป็นอาการทางจิตใจมากกว่าอาการทางกาย ยกเว้นอาการป่วยทางกาย หรือจากการใช้ยา หรือแอลกอฮอล์ ซึ่งอาการเหล่านั้นจะต้องคงอยู่เกือบทั้งวัน เกือบทุกวัน อย่างน้อย 2 สัปดาห์ และต้องเกิดพร้อมกันเป็นกลุ่มอาการความรุนแรงของอาการแปรเปลี่ยนจากบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลหนึ่ง โดยทั่วไปภาวะซึมเศร้าทำให้บุคคลรู้สึกหมดค่า ไม่มีความสามารถ หมดหวัง และเหนื่อยล้า (Barbara Hansen Lemme. 1995 : 416)

อีเบอร์โซลและเฮส (Blazer D.,1982: 549-555; citing Ebersole, P.,& Hess,P.,1994)ได้รวบรวมอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไว้ดังตาราง 2

ตาราง 2 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

อาการ	พฤติกรรมที่แสดงออก
<u>อารมณ์ (Mood)</u>	<u>ด้านสังคม</u>
หดหู่ หรือ เศร้าใจ	ไม่ให้ความร่วมมือ
ความพึงพอใจในชีวิตลดลง	แยกตัวจากสังคม
สูญเสียความสนใจ	ต่อต้าน ไม่เป็นมิตร
ร้องไห้ง่าย	หวาดระแวง
ไวต่อการกระตุ้น , โกรธง่าย	สับสน
รู้สึก มีความกลัว และวิตกกังวล	อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย
มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ	ร้องไห้ หงุดหงิด
ช่วยตัวเองได้น้อย	
หมดหวัง	

ตาราง 2 (ต่อ)

สูญเสียความรู้สึก	<u>ด้านสรีรวิทยา</u>
รู้สึกเฉยตาย	เป็นแผลที่ผิวหนังบางแห่งจากการกัดแทะ
รู้สึกไม่มีประโยชน์	เป็นแผลที่กระจกตาจากการกระพริบตาลดลง
ขาดแรงจูงใจว่างเปล่า	<u>การลดลงของการเคลื่อนไหวจากปฏิกิริยาของ</u>
<u>ระบบการคิด</u>	<u>กระบวนการทางจิต</u>
นับถือตนเองต่ำ	(Psychomotor Retardation)
มองโลกในแง่ร้าย	พูดช้า
ตำหนิตัวเอง	เคลื่อนไหวช้า
ครุ่นคิดกับปัญหา	แสดงออกท่าทางน้อยลง
คิดฆ่าตัวตาย	เดินลากขา งุ่มง่าม
เห็นภาพลวงตา ภาพหลอน	ซึม ไม่ค่อยรู้สึกตัว (ในรายที่มีอาการรุนแรง)
หูแว่ว	การชะงักของการเคี้ยว การกลืน (ในรายที่มี
ขาดความเชื่อมั่น	อาการรุนแรง)
ขาดสมาธิ	กระพริบตาลดลง หรือไม่กระพริบตา (ในราย
ความจำเสื่อม	ที่มีอาการรุนแรง)
<u>ด้านร่างกาย</u>	<u>การเคลื่อนไหวแบบกระวนกระวายปั่นป่วนจาก</u>
สูญเสียการรับรู้รส	<u>ปฏิกิริยาของกระบวนการคิด</u> (Psychomotor
อ่อนเพลีย	Agitation)
มีปัญหาเกี่ยวกับการหลับ	มีกิจกรรมเคลื่อนไหวตลอดเวลา
ท้องผูก	มือบิด
สูญเสียความรู้สึกทางเพศ	กัดแทะผิวหนังทำให้เกิดแผล
เจ็บปวด	นอนไม่หลับ กระวนกระวาย
กระวนกระวาย	<u>พฤติกรรมที่ผิดปกติหรือไม่เหมาะสม</u>
น้ำหนักลด	ฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย
ท้องอืด	ต่อต้าน เช่น ปฏิเสธการกินหรือดื่ม และ
<u>ลักษณะท่าทาง</u>	ตัวแข็งทื่อ
เดินตัวอ	อาละวาด ก้าวร้าว
ใบหน้าเศร้าซึม	พฤติกรรมถดถอย

3.6 ระดับของภาวะซึมเศร้า

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

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

3.6.2 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้จะรุนแรงขึ้นจนถึงขั้นมีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว และการงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แม้ว่าจะไม่สมบุรณ์นัก มักมีอาการเศร้ามากขึ้นในช่วงเช้า และจะดีขึ้นในตอนกลางวัน รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งแวดลอม อ่อนเพลีย รู้สึกว่ามีพลังกำลังน้อยลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ มักตำหนิตัวเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายและสุขภาพตนเอง ปรากฏมากขึ้น รู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงไป มีความต้องการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์แวดลอมและสังคม จะทิ้งสังคมทีละน้อย อาจมีความคิดเกี่ยวกับการตาย การนอนหลับผิดปกติ ความอยากรับประทานอาหารลดลงจนกระทั่งไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ น้ำหนักลด ความต้องการทางเพศลดลง

3.6.3 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) จะมีอารมณ์ซึมเศร้าตลอดเวลา มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองด้านไม่ดี ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดลอมรอบตัว มีความต้องการหลีกเลี่ยง หลบท่อน ไม่มีการเข้าร่วมสังคมใดๆเลย ลักษณะอารมณ์เหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง มองอนาคตมืดมนและสิ้นหวัง หหมดความสนใจสิ่งต่างๆ การตัดสินใจเสียแม้แต่เรื่องง่ายๆ ในชีวิตประจำวันแทบจะไม่มี การเคลื่อนไหว มักจะนั่งอยู่เฉยๆกับที่ตลอดเวลา อยู่ในท่าเดียววนๆ หรืออาจอยู่ไม่นิ่ง ผุดลุกผุดนั่ง ไม่สนใจต่อตนเอง ดูแลตนเองไม่ได้ นอนหลับไม่สนิท หรือนอนไม่หลับ มักรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา หหมดความสนใจในเรื่องเพศ ผู้ที่อยู่ในระยะนี้อาจจะถอนตัวถอยหนีออกจากโลกของความเป็นจริง มีความหลงผิด (Delusion) และมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้

3.7 การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า

ธวัชชัย ลิฬหนาจ (2545: 346 – 347) กล่าวถึงสิ่งสำคัญในการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

3.7.1 สิ่งที่ต้องพิจารณาในการรักษา

3.7.1.1 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า

เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามีหลายสาเหตุ การรักษาที่สาเหตุเริ่มต้นร่วมด้วย จะทำให้ได้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาเฉพาะภาวะซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ซึ่งเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ หากโรคดังกล่าวได้รับการรักษาแล้วดีขึ้น การรักษาภาวะซึมเศร้าก็จะรักษาได้ง่าย หรือผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำ หากสามารถลดหรือหยุดการดื่มสุราก็จะส่งผลให้การรักษาภาวะซึมเศร้าได้ผลดีขึ้น

3.7.1.2 ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

อาการซึมเศร้ามีความรุนแรงหลายระดับ ตั้งแต่รุนแรงน้อย คือ มีอาการเพียงไม่กี่อาการเท่านั้นไปจนถึงขั้นรุนแรงมาก 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 ไปแทนที่ความคิดหรือทัศนคติเก่าๆ ซึ่งมีลักษณะไปในทางลบ และไปในทางที่ผิดทั้งต่อตนเอง ต่อโลกภายนอก และต่ออนาคต เช่น การมองในอีกมุมมองหนึ่ง การมองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่เป็นเรื่องปกติหรือช่วยให้เราได้พัฒนาฝึกฝนตนเอง

3.7.2.5 การรักษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

จิตบำบัดวิธีนี้จะเน้นที่ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล โดยช่วยผู้ป่วยสำรวจ และแก้ไขเรื่องต่างๆ ระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่น สำรวจ และแก้ไขวิธีการรับมือกับความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

3.7.2.6 เภสัชบำบัด (การรับประทานยา)

โดยทั่วไปแล้วการรักษาภาวะซึมเศร้าไม่จำเป็นที่ต้องใช้ยา การบำบัดด้วยวิธีดังกล่าวข้างต้นก็สามารถทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยลักษณะต่อไปนี้ควรให้การรักษาร่วมด้วย

- ให้การรักษาด้วยวิธีที่ไม่ใช้ยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น
- ความรุนแรงของโรคระดับรุนแรงหรือระดับปานกลาง
- มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว

แพทย์ผู้รักษาจะเป็นผู้พิจารณาในการจ่ายยารักษาภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยไม่ควรที่จะซื้อยารับประทานเอง และควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษอย่างต่อเนื่องเพื่อให้หายจากอาการป่วย

3.8 การประเมินภาวะซึมเศร้า

3.8.1 การประเมินโดยใช้เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า (ศิริพร จิรวัดนกุล. 2546 : 40 – 45)

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 เมื่อนำแบบวัดนั้นๆ มาใช้กับคนต่างวัฒนธรรมก็ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร กล่าวคือ มักจะพบปัญหาเรื่องความเชื่อถือได้และแม่นยำ นอกจากนั้นแบบวัดทั้งหมดที่มีอยู่นั้นใช้กับทุกเพศ และเมื่อใช้แล้วมักได้ผลว่ามีความแตกต่างระหว่างเพศ อย่างไรก็ตามแบบวัดภาวะซึมเศร้าก็ยังเป็นเครื่องมือประเมินที่สำคัญที่พยาบาลจิตเวชต้องเรียนรู้

สำหรับในประเทศไทยมีการพัฒนาเครื่องมือ และแบบวัดหลายแบบวัด สำหรับวัดภาวะซึมเศร้าโดยตรง และแบบวัดสุขภาพจิตที่มีส่วนของการประเมินภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย โดยแบบวัดทั้งหมดใช้ต้นแบบจากประเทศทางตะวันตกมาดัดแปลงใหม่ให้เหมาะสมกับคนไทย ตัวอย่างแบบวัดดังกล่าว มีดังนี้

3.8.1.1 Thai Depression Inventory

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

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

ผู้ถูกประเมินจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามนี้เอง ค่าคะแนนรวมที่ได้จากคำตอบจะถูกแปลความหมาย ดังนี้

คะแนน 21 – 25 แสดงว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน

คะแนน 26 – 34 แสดงว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

คะแนนสูงกว่า 35 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ผู้ที่ประเมินแล้วได้คะแนนสูงกว่า 30 คะแนน จะได้รับคำแนะนำให้พบแพทย์หรือจิตแพทย์เพื่อการรักษา

3.8.1.2 Thai Hospital Anxiety and Depression Scale หรือ Thai HADS

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

- 0 หมายถึง ไม่เป็นเลย
- 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง
- 2 หมายถึง บ่อยครั้ง
- 3 หมายถึง เป็นส่วนใหญ่

การคิดคะแนนแยกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนอาการวิตกกังวล และส่วนอาการซึมเศร้า โดยมีพิสัยคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0 ถึง 21 คะแนน คะแนน 0 – 7 หมายถึง ไม่มีความ

ผิดปกติทางจิตเวช คะแนน 8 – 10 แสดงว่ามีความวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่มีความผิดปกติชัดเจน และคะแนน 11 – 21 แสดงว่ามีอาการวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้าที่ถือว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช แบบวัดนี้ได้ถูกนำไปทดสอบประสิทธิภาพกับผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าค่าความแม่นยำและความน่าเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี

3.8.1.3 The Thai Mental Health Questionnaire

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

0 หมายถึง ไม่เคยมี หรือไม่เคยรู้สึกเลยในตลอดช่วงระยะเวลา 1 เดือน

1 หมายถึง เคยมี หรือรู้สึกประมาณครึ่งหรือสองครั้งในช่วง 1 เดือน

2 หมายถึง มี หรือเคยรู้สึกพอประมาณ คือ ประมาณสัปดาห์ละครั้ง

3 หมายถึง เคยมี หรือเคยรู้สึกหลายครั้งใน 1 สัปดาห์

4 หมายถึง เคยมี หรือเคยรู้สึกบ่อยมาก คือ เกือบทุกวัน

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

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) และ

สัมประสิทธิ์ความแม่นยำอื่นๆในระดับสูง เหมาะสำหรับใช้เป็นแบบคัดกรองความผิดปกติทางจิตเวชทั้งในชุมชน และในสถานบริการ อย่างไรก็ตามจากผลการทดสอบได้ข้อสังเกตว่า ค่าความไวของ Thai GHQ ในผู้ชายนต่ำกว่าผู้หญิงค่อนข้างชัดเจน ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ชายมักประเมินว่าตนเองเป็นปกติมากกว่าผู้หญิงทำให้ได้ค่าผลลบปลอม(false negative)สูงกว่าผู้หญิง

3.8.1.5 Thai Geriatric Depression Scale หรือ TGDS

กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยได้รวมกลุ่มบรรดาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยาจาก 14 สถาบันทั่วทั้งประเทศไทย มาประชุมร่วมกันเพื่อพัฒนารูปแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยขึ้นมา โดยให้ผู้สูงอายุตอบคำถามในกระดาษคำตอบด้วยตนเอง และใช้ชื่อภาษาอังกฤษว่า Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS แบบวัดนี้มีคะแนนรวมระหว่าง 0 – 30 คะแนน โดยคำถามจะมี 30 ข้อ เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบด้วยตนเองในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคนอื่นๆ.2537:5-11)

3.8.2 การประเมินสภาพทางจิต

ในการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการประเมินสภาพทางจิต (Mental status examination) นั้น ทำได้โดยการสังเกตร่วมกับการสนทนากับบุคคลที่ถูกประเมิน ซึ่งผู้ประเมินจะต้องมีความเข้าใจวัฒนธรรมของผู้ถูกประเมินเป็นอย่างดี จึงจะตีความพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และคำพูดต่างๆได้อย่างถูกต้อง สภาพทางจิตของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะประเมินได้จากลักษณะต่างๆดังนี้ (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 กิจกรรมต่างๆลดลง

3.8.2.3 ความผิดปกติทางการรับรู้สัมผัส

ผู้มีอารมณ์เศร้าทั่วไปมักไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้สัมผัส แต่บางคนอาจมีอาการประสาทหลอน (hallucination) และหลงผิด (delusion) ได้ ซึ่งก็มักจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับตนเองผิดบาป ไม่มีค่า ล้มเหลว ถูกกลั่นแกล้ง ซึ่งการแสดงออกของการรับรู้สัมผัสนี้จะเกี่ยวข้องกับความเชื่อ และวัฒนธรรมของบุคคลนั้นๆเป็นอย่างมาก

3.8.2.4 เนื้อหาและกระบวนการคิด

เนื้อหาความคิดของผู้มีภาวะซึมเศร้าจะมองโลก มองตนเองไปในทางลบ หมกมุ่นกับความรู้สึกผิด ความสูญเสีย และความตาย กระบวนการคิดก็ซ้ำ แสดงออกโดยพูดซ้ำ พูดน้อย ใช้เวลาในการตอบคำถามนาน และตอบด้วยคำพูดสั้นๆ

3.8.2.5 การรับรู้บุคคล เวลา และสถานที่

ผู้มีอารมณ์ซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่มีความผิดปกติด้านนี้ ตอบคำถามเรื่องนี้ได้ถูกต้อง แต่ถ้าอารมณ์เศร้ามากก็ไม่สนใจ หรือไม่มีพลังที่จะตอบคำถาม

3.8.2.6 ความจำ

ส่วนใหญ่สมาธิไม่ดี ลืมง่าย

3.8.2.7 การตัดสินใจ และความหยิ่งเหิน

การตัดสินใจในชีวิตอยู่บนพื้นฐานความคิดว่าตนเองไม่มีค่า ไม่มีแรงจูงใจที่จะทำอะไร มักเห็นว่าตนเองไม่สบายมาก หรือมีปัญหาชีวิตมากจนไม่มีความหวังอะไร

3.8.2.8 ความเชื่อถือได้ของข้อมูล

เนื่องจากผู้มีภาวะซึมเศร้าหมกมุ่นอยู่กับความคิดทางลบ ทำให้เนื้อหาสาระที่พูดออกมาจะวนเวียนเป็นอยู่ที่ความไม่ดี ไม่มีคุณค่า ไม่มีความหวังในชีวิต ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน ผู้ประเมินควรตรวจสอบข้อมูลจากคนแวดล้อมของผู้ถูกประเมินประกอบด้วย

จากการศึกษาเอกสารจะเห็นได้ว่า ภาวะความซึมเศร้ามีโอกาสที่จะเกิดกับผู้สูงอายุได้ง่าย เนื่องจาก ภาวะความซึมเศร้าจะเกิดกับผู้ที่มีจิตใจโศกเศร้าต้องสูญเสียคนรัก ไม่ได้รับการยอมรับ ในทฤษฎีทางจิตสังคม กล่าวว่าผู้สูงอายุจะเกิดความซึมเศร้าเนื่องจากเหลือเวลาน้อยที่จะหาสิ่งที่มาชดเชยสิ่งที่ต้องเสียไป และสาเหตุที่ทำให้เกิดความซึมเศร้าที่สำคัญ คือ การไม่ได้รับการยอมรับ การขาดคนเอาใจใส่ การขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างๆ กับระดับความซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ

4. เอกสารเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

Lu Hong (2000) ได้รวบรวมความหมายของการสนับสนุนทางสังคม และชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

แคพเพลน(Caplan) ได้ให้คำจำกัดความการสนับสนุนทางสังคมว่าหมายถึงสิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

เฮาส์(House) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นพฤติกรรมการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคล เช่น การช่วยเหลือด้านเงินทอง แรงงาน การเสียสละเวลาช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และการช่วยเหลือด้านการประเมินตนเองและเปรียบเทียบ พฤติกรรมเป็นข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองและทำให้รู้จักเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น

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

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

ไวสส์ (Weiss) ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกอึดใจ หรือพึงพอใจต่อความต้องการที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งประกอบไปด้วยความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสนำเสนอประโยชน์ต่อผู้อื่น การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย มีทั้งที่คล้ายคลึงและแตกต่างกัน ซึ่งความหมายเหล่านี้แสดงให้เห็นแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการที่บุคคลได้รับการตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานทางสังคมจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น อันนำมาซึ่งความรู้สึกอึดใจ พึงพอใจต่อสิ่งที่ได้รับ และดำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดของไวสส์ ซึ่งประกอบด้วยความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสนำเสนอประโยชน์ต่อผู้อื่น การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

เป็นที่ทราบกันดีว่าการได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากสังคมจะช่วยลดความรุนแรงของความเครียดหรือปัญหา ผู้ป่วยซึ่งมีเครือข่ายการช่วยเหลือเป็นอย่างดีจะผ่านพ้นสถานการณ์วิกฤตได้ดีกว่าผู้ที่อยู่อย่างโดดเดี่ยว หรือไม่สามารถรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น จากการศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 1 พันคน พบว่าการคาดหวังว่าจะได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากครอบครัวมีผลลดอาการซึมเศร้าลงได้ แต่พบว่าผู้สูงอายุมักลดการติดต่อกับผู้คนภายนอก และมีความสัมพันธ์กับสังคมน้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมุ่งความสนใจมาอยู่กับตัวเองเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามในผู้สูงอายุจำนวนมากการติดต่อกับสังคมน้อยลง ไม่ได้เกิดเพราะความตั้งใจทำเช่นนั้น แต่เป็นเพราะความพิการและการเคลื่อนไหวมี

ปัญหา แม้ว่าจะไม่สามารถพบปะผู้คนได้เหมือนเดิม แต่ถ้าความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดและครอบครัวมีความแน่นแฟ้นเหมือนเดิม ความรู้สึกพึงพอใจหรือความสุขก็ยังคงมีอยู่ตราบนั้น

ผู้สูงอายุซึ่งมีครอบครัวของตัวเอง สมาชิกของครอบครัวก็จะมี ความใกล้ชิดกันทางด้านอารมณ์และความผูกพัน ดีกว่าผู้ที่ไม่มีความครอบครัว แต่ว่าบุคคลในกลุ่มที่ไม่มีครอบครัวนี้ จะมีความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนมากกว่า ซึ่งเป็นการหาความสุขให้แก่ตัวเองโดยมีความสัมพันธ์เช่นนั้น

อนึ่งจากการศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุมากที่สุด มีข้อมูลซึ่งบ่งว่าเป็นกลุ่มที่มีความอ่อนแอในการแยกตัวออกมาอยู่ตามลำพัง เนื่องจากมีการสูญเสียหลายๆครั้ง ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานมากที่สุด

4.2 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้แบ่งไว้แตกต่างกันออกไปดังนี้

ค็อบบ์(นิลบล รุจิรประเสริฐ.2539 : 32;อ้างอิงจาก Cobb. 1976 : 300-313) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

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

2. การสนับสนุนทางด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า(Esteem Support) เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้นด้วย

3.การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม(Socially Support or Networks) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เฮาส์(สรินดา น้อยสุข.2545 :19 ; อ้างอิงจาก House ;citing Cronewett. 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

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

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

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

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

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

1. ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน หมายถึง การได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ ได้รับการรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเป็นที่รัก แต่ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะรู้สึกเดียวดาย มองโลกในแง่ร้าย ลักษณะเช่นนี้จะพบในคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง
- 2.การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสดำเนินกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นความรู้สึก ข้อมูล ข่าวสาร ความห่วงใย ความเอื้ออาทรต่อกัน แต่ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้ชีวิตน่าเบื่อหน่าย รู้สึกถูกตัดขาดออกจากสังคม
3. การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการ และเป็นที่ยิงของผู้อื่นได้ มีการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะรู้สึกว่าชีวิตตนเองไร้ค่า

4.ความมั่นใจในความสามารถตามบทบาททางสังคม รวมถึงการให้อภัย ให้โอกาสในการปรับปรุงตนเองถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะรู้สึกขาดความเชื่อมั่น และรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่า แม้จะมีการแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมโดยนักทฤษฎีหลายๆคนก็ตาม แต่ยังคงมีความคล้ายคลึงกันในชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่พบได้จากนักทฤษฎีเกือบทุกราย คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สำหรับความแตกต่างนั้นพบได้ในชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ ในด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า และการสนับสนุนทางสังคมของไวส์ ในด้านการมีโอกาเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ซึ่งไม่พบในการสนับสนุนทางสังคมของนักทฤษฎีคนอื่นๆ ซึ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมแต่ละชนิดมีหน้าที่แตกต่างกัน และชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมนั้นอยู่ภายใต้เงื่อนไข 3 อย่าง คือ สถานการณ์ เวลาที่ต้องการการสนับสนุนและแหล่งสนับสนุนของบุคคล ซึ่งจาคอบสัน (Jacobson) กล่าวว่า บุคคลต้องการการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ แตกต่างกันในเวลา และสถานการณ์ความเครียดแตกต่างกัน เช่น ในภาวะวิกฤตบุคคลต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์มากที่สุด ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลง การสนับสนุนทางความคิด สถิติปัญญาสำคัญที่สุด และในภาวะที่เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ การสนับสนุนที่มีประโยชน์ คือ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ

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

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่แบ่งโดยแบรนด์ต์และไวเนอร์ท (Brandt and Weinert) ซึ่งมีความครอบคลุมในด้านต่างๆที่ผู้สูงอายุควรได้รับและมีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละด้านอย่างชัดเจน

4.3 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

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

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคม
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้นจะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่ามีคนสนใจเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีต่อตนอย่างจริงจัง

2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับรู้สึกว่ามีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่ต้องการ คือการมีสุขภาพดี

4.4 ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

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

1. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบ (subsystem) เป็นความสัมพันธ์ หรือการพึ่งพา ระหว่างผู้สูงอายุและสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิต ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลหรือสิ่งอื่นที่ไม่ใช่บุคคลก็ได้ เช่น สัตว์เลี้ยง สิ่งของ

2. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบ (system) เป็นความสัมพันธ์หรือการพึ่งพา ระหว่างผู้สูงอายุกับกลุ่มองค์กร ทั้งกลุ่มเล็ก และกลุ่มใหญ่ ได้แก่ ครอบครัวและชุมชน เป็นต้น

3. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นเหนือระบบ (suprasystem) เป็นความสัมพันธ์หรือการพึ่งพา ระหว่างผู้สูงอายุกับระบบแรงสนับสนุนทางสังคม ในบริบทของชุมชนขนาดใหญ่ ได้แก่ หน่วยงานบริการทางสังคม หรือโครงการให้บริการในชุมชน เป็นต้น

ความสัมพันธ์ดังกล่าวข้างต้นมีลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมอยู่สองลักษณะ คือ การสนับสนุนแบบเป็นทางการ (formal support) เป็นการสนับสนุนจากองค์กร หน่วยงาน หรือสถาบันที่ให้การช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุทั้งของรัฐบาลและเอกชน และการสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการ (informal support) เป็นการสนับสนุนที่เกิดจากความผูกพันที่เกี่ยวข้อง ความรักใคร่ระหว่างบุคคลซึ่งไม่เป็นระบบ และไม่ต้อง

ใช้เงินเป็นการแลกเปลี่ยน เป็นการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้านและมิตรสหาย แต่ส่วนใหญ่บุคคลจะมีความพึงพอใจและต้องการแหล่งสนับสนุนทางสังคมแบบไม่เป็นทางการมากกว่าแบบเป็นทางการ เนื่องจากมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด ครอบครัวจัดเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับในระดับระบบ (system) มีลักษณะไม่เป็นทางการ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกัน หรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่างๆที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ

4.5 กลไกของการสนับสนุนทางสังคม

ลู่ง(Hong .2000:13-14) ได้รวบรวมกลไกของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

ไดมอนและโจนส์ (Diamond and Jones.1983) 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. การสนับสนุนทางสังคมสามารถเพิ่มสุขภาพที่ดีได้โดยตรง เพราะมีความสำคัญต่อความต้องการของมนุษย์ในด้านอารมณ์ เครื่องมือในการช่วยเหลือ ข้อมูลข่าวสาร และการประเมิน โดยเฉพาะในระหว่างช่วงการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ ให้ผลทางบวกในการสนับสนุนด้านสุขภาพ หรือชดเชยผลของการเปลี่ยนแปลงในทางลบได้
2. การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดระดับของการปรับตัวที่ไม่ดีได้หลายวิธี ดังนั้นจึงเป็นการพัฒนาสุขภาพได้โดยตรง เช่น ลดความตึงเครียดระหว่างบุคคล ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ความพอใจและประเมินตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้อง
3. การสนับสนุนทางสังคมสามารถป้องกันผลร้ายจากภาวะวิกฤตและการเปลี่ยนแปลง และช่วยในการพัฒนาความสามารถในการปรับตัวในช่วงการเปลี่ยนแปลงของชีวิต

สรุปคือ หน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยยกระดับของสุขภาพ ลดแรงกดดันและป้องกันบุคคลจากผลของการเปลี่ยนแปลงชีวิตในหลายด้านด้วยกลไกหลายอย่าง กล่าวคือการสนับสนุนทางสังคมเป็นพลังในการจัดการภาวะการปรับตัวที่ไม่ดีจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตนั่นเอง

4.6 ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม

แนวความคิดของการสนับสนุนทางสังคมมีหลากหลาย มีทั้งความแตกต่างและคล้ายคลึงกัน ในการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อสุขภาพโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ ช่วยให้บุคคลสามารถปรับแก้ไขความเครียดได้ดีขึ้น ช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤต นอกจากนี้ เพนเดอร์ (Pender) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญ 3 ประการ คือ (สรินดา น้อยสุข. 2545 : 23)

4.6.1 เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ลดภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน

4.6.2 ส่งเสริมภาวะสุขภาพ ช่วยให้สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตเต็มที่

4.6.3 เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย และช่วยให้บุคคลปรับพฤติกรรมเพื่อผ่อนคลายระดับของอันตราย หรือความเครียดที่ประสบอยู่ เมื่อมีปัญหาทางด้านจิตใจจะสามารถปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้อาการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจดีขึ้น

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

4.7 การสนับสนุนทางสังคมในวัฒนธรรมต่างๆ

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

- ประเพณีของครอบครัวชาวเกาหลีบุตรชายคนแรกซึ่งเป็นผู้ที่จะสืบทอดการเป็นหัวหน้าครอบครัวและจะได้รับทรัพย์สินส่วนใหญ่จะต้องเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุในครอบครัว
- ประเพณีของชาวญี่ปุ่น บุตรชายที่มีอายุมากที่สุดหรือบุตรที่ยังไม่แต่งงานในครอบครัวต้องเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

- ประเพณีชาวอเมริกันพื้นเมือง (Native Americans) จะยกย่องผู้สูงอายุ เพราะถือว่าหัวหน้าเผ่าพันธุ์ต้องมีประสบการณ์และความรู้มากมายก่อนที่จะได้มาเป็นหัวหน้า ครอบครัวชาวอเมริกันพื้นเมืองเป็นครอบครัวใหญ่ ครอบครัวขยาย ทุกคนในครอบครัวมีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
- ประเพณีครอบครัวชาวจีนจะตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุ ผู้ที่มีอายุมากที่สุดในการครอบครัวจะได้รับการยอมรับและเชิดชู และการตัดสินใจต่างๆ ต้องได้รับความเห็นชอบจากสมาชิกในครอบครัว
- ประเพณีชาวอัฟริกัน – อเมริกัน มีแหล่งสนับสนุนใหญ่ที่ให้การช่วยเหลือและดูแลความสุขสบายแก่ผู้สูงอายุ
- ชาว Hispanic – American ผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่กับบุตรที่แต่งงานแล้ว

4.8 งานวิจัยที่แสดงถึงระดับการสนับสนุนทางสังคม

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. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สมหมาย จันถี (2538 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง “การลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค โดยใช้การสนับสนุนทางสังคม” โดยมีจุดประสงค์ที่จะทดลองความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิง ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ด้วยการให้การสนับสนุนทางสังคม 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. มาวัดกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุม นำความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังการทดลองมาหาค่าทางสถิติ โดยใช้ t-test และ Analysis of variance ได้ผลการทดลองดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมมีผลในการลดความซึมเศร้าของกลุ่มทดลองได้แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกัน มีความซึมเศร้าลดลงไม่แตกต่างกัน

ทิพากร ปัญญาใหญ่, วชิณี หัตถพนม และละเอียด ปัญญาใหญ่ (2539. ออนไลน์) ได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ปัจจัยที่ทำการศึกษาได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว การมีงานอดิเรกทำ ภารกิจประจำวัน การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม โรคประจำตัว จำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 150 คน ผลการวิจัยการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าพบว่า อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และค่าใช้จ่าย ลักษณะครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว งานอดิเรก ภารกิจประจำวัน การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม โรคประจำตัว และจำนวนครั้งที่มาติดต่อกับโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเพศ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ในด้านการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ จำนวนครั้งที่มาติดต่อกับโรงพยาบาล รายได้ ภารกิจประจำวัน โรคประจำตัว การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม งานอดิเรก และอายุ จากผลการศึกษาที่ได้รับ ผู้วิจัยได้เสนอแนะแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุต่อไป

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

องอาจ สิทธิเจริญชัย ชนินทร์ เจริญกุล; และปัญญาสันติเวช (2540:175) ศึกษาคุณภาพของ ผู้สูงอายุไทย : กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพาสนับสนุนจากลูกหลานมากขึ้น ส่วนทางด้านสังคมมีลูกหลานเป็นเครือข่ายหลัก ในส่วนขององค์กรชุมชน มีการสนับสนุนและสัมพันธ์กันไม่มากนัก

บัณฑิต เคียงธนสมบัติ (2547: บทคัดย่อ) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม การมีกิจกรรม กับ ความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และการมีกิจกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความพึงพอใจในชีวิต

อัมพร โอตระกูล และคนอื่นๆ (2536:169) ศึกษาความทุกข์ของความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เขต เมือง (ดินแดง) และเขตชนบท (อำเภอ บรรพตพิสัย) พบว่า ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองมีร้อยละ 38 และในเขตชนบทพบความซึมเศร้าร้อยละ 67.4 ซึ่งจากการที่ผู้สูงอายุในเขตชนบทซึมเศร้ามากกว่าใน เขตเมืองนั้น เข้าใจว่าเนื่องจากเขตเมืองมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในชุมชนและสังคม สิ่งแวดล้อมในเขตเมืองมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าที่เขตชนบท

อัจฉรา เอ็นท์ และปรียา รุ่งโรภาสกุล (2541:44) ศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแล รักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะอยู่กับครอบครัว อยู่กับบุตร หลาน และรับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวมากกว่าไปรับการบริการสวัสดิการสังคมที่รัฐจัดไว้ให้

อารยา จิยะจันทร์ (2535:34) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อ อารมณ์เศร้าของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 4บางเขน กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีอารมณ์เศร้าน้อยลงมากกว่าผู้สูงอายุที่ ได้รับข้อเสนอแนะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

มาลินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ และ อัจฉรา เอ็นท์ (2541:78) ศึกษา การมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการให้การดูแล ให้บริการ และกิจกรรมต่างๆแก่ผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในเขต เมืองหรือผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชนแออัด ในเขตกรุงเทพมหานคร มีการติดต่อพบปะสังสรรค์กับคนใน วัยเดียวกันค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในเขตชานเมืองหรือเขตชนบท และ พบว่าร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุในเขตชานเมือง และในเขตชนบท มีเพื่อนในวัยเดียวกันเป็นจำนวนหลาย คน

อ็อกซ์แมน; และคนอื่นๆ (Oxman, T.E; et al.1992 : 356 – 368) ได้ศึกษาเรื่อง “การสนับสนุน ทางสังคมกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ” โดยวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อทดสอบผลของลักษณะ เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป จำนวน 1,962 คน จากสถาบันนิวเฮฟเว่น ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่เคยมีภาวะ ซึมเศร้าและไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เมื่อปี 1982 แต่ได้รับการรักษาจนดีขึ้นแล้วเมื่อปี 1985 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางอารมณ์ที่เพียงพอ เช่น การมี เด็กๆมาเยี่ยมทุกสัปดาห์ มีคนใกล้ชิดสนิทสนมมีผลต่อการหายของภาวะซึมเศร้า และเป็นปัจจัยที่สำคัญ มาก

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

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

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

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

บาร์คาร์ 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

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

โกลด์เบิร์ก; เบนจามินและครีด (Goldberg D; Benjamin S ;& Creed 1987:375) กล่าวว่า ในสหรัฐอเมริกาพบผู้สูงอายุที่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าประมาณ ร้อยละ 10 – 20 ของผู้สูงอายุที่อยู่ตามบ้าน และพบมากขึ้นตามสถานรับบริการทางคลินิกหรือโรงพยาบาล

เกรท ซันด์สตรอม (Gredt Sundstrom. 2003:online) ศึกษาเรื่องสัมพันธภาพ เครือข่าย และการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุในสวีเดน โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี พบว่า คู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนหลักของผู้สูงอายุ ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่ชีวิตจะให้ความไว้วางใจลูกหลานในการดูแล และส่วนมากจะใช้บริการการดูแลของสถานดูแลผู้สูงอายุ

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

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

จากการศึกษาเอกสารในเรื่องของผู้สูงอายุ เรื่องภาวะความซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุนั้นเป็นกลุ่มที่มีโอกาสที่จะเกิดภาวะความซึมเศร้าได้มาก และกลุ่มผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยให้ความสนใจ คือกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องโทษอยู่ในเรือนจำ เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มคนที่ขาดการติดต่อจากโลกภายนอกและต้องอยู่ภายใต้กฎระเบียบที่เข้มงวด ขาดการคบหาสมาคมกับบุคคลภายนอกทั่วไป และได้รับการเอาใจใส่ดูแลในเรื่องต่างๆ อย่างจำกัด สิ่งที่จะสามารถช่วยลดภาวะความซึมเศร้าได้น่าจะมาจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างๆ เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมนั้นช่วยให้บุคคลรู้สึกได้รับความรัก มีสังคมที่คอยให้ความช่วยเหลือ ได้รับการยอมรับจากสังคม ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต และลดการเกิดภาวะความซึมเศร้าลงได้ ซึ่งผู้วิจัยทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะความซึมเศร้า เพื่อจะได้เป็นประโยชน์ในด้านการปฏิบัติกับผู้สูงอายุในเรือนจำต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

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

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเรือนจำกลางบางขวาง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุในเรือนจำกลางบางขวาง ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างโดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)จำนวน 108 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ชุด คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ
2. แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
3. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และเขตภูมิลำเนา

2. แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีเนื้อหาครอบคลุมอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านการคิดรู้ และพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ไทย (TGDS) ซึ่งเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย ที่ได้รวมกลุ่มบรรดาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยา จากหลายสถาบันทั่วทั้งประเทศไทย ลักษณะของแบบวัดความซึมเศร้า TGDS เป็นแบบเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” จำนวน 30 ข้อ ซึ่งตรงกับอาการที่เป็นอยู่ตามความเป็นจริง

ตัวอย่าง แบบวัดภาวะซึมเศร้า

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
0	ท่านรู้สึกที่ท่านนอนไม่ค่อยหลับในเวลากลางคืน		
00	ท่านรู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง		

เกณฑ์การให้คะแนน

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

การแปลผล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)	คะแนน 0 – 12 คะแนน
	ผู้มีความซึมเศร้าเล็กน้อย	คะแนน 13 – 18 คะแนน
	ผู้มีความซึมเศร้าปานกลาง	คะแนน 19 – 24 คะแนน
	ผู้มีความซึมเศร้ารุนแรง	คะแนน 25 – 30 คะแนน

การหาคุณภาพแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ได้มีการหาคุณภาพเครื่องมือไว้แล้ว โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.93 ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้มาหาค่าความเชื่อมั่น อีกครั้งหนึ่ง ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.86

3. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีวิธีดำเนินการสร้างเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย และวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ
2. รวบรวมความรู้และแนวคิดสร้างเป็นแบบวัดให้มีเนื้อหาครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน คือ ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ความมั่นใจในความมีคุณค่าแห่งตน และการได้รับความช่วยเหลือ

และคำแนะนำในด้านต่างๆ จำนวน 40 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ไม่แน่ใจ ไม่จริง และไม่จริงที่สุด ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่แสดงระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุตามความเป็นจริง

กำหนดคะแนนข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก ดังนี้

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

สำหรับข้อคำถามในทางลบ คะแนนที่ให้จะตรงกันข้ามกับข้อคำถามทางบวก คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 36-180 คะแนน และคะแนนรายด้านอยู่ระหว่าง 6 -40 คะแนนโดยผู้ที่ได้คะแนนรวม 36 – 64 และรายด้าน 6-12 คะแนน แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมาก ผู้ที่ได้คะแนนรวม 65 – 93 และคะแนนรายด้าน 13 -19 แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ผู้ที่ได้คะแนนรวม 94 - 122 และคะแนนรายด้าน 20 – 26 แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ผู้ที่ได้คะแนนรวม 123 – 151 และคะแนนรายด้าน 27 -33 แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง ผู้ที่ได้คะแนนรวม 152 -180 และคะแนนรายด้าน 34-40 แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมาก

ตัวอย่าง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน

ข้อที่	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0	ท่านรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวของท่าน					

ตัวอย่างแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ข้อที่	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0	ท่านไม่อยากจะพูดคุยกับคนรอบข้าง					

ตัวอย่าง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสนี้ประโยชน์ต่อผู้อื่น

ข้อที่	ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0	ท่านมีโอกาสน้อยมากในชีวิตที่จะให้ความช่วยเหลือดูแลคนรอบข้าง					

ตัวอย่าง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า

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 พันเอกอนันตวิทย์ เต็มบุญเกียรติ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชวลี แย้มวงษ์ และ อาจารย์โสภิต แสงอ่อน ตรวจสอบความเหมาะสมทางด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ในข้อคำถามให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้

2. การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน แล้วนำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม โดยใช้สูตรของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ทำให้ได้ข้อคำถามที่ใช้เก็บข้อมูลในการวิจัย จำนวน 36 ข้อ จากเดิม 40 ข้อ

3. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา โดยใช้วิธีของคอนบราค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์ด้วยตนเอง มีการดำเนินการวิจัยตามลำดับดังต่อไปนี้

1. นำหนังสือแนะนำตัวขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงอธิบดีกรมราชทัณฑ์ เพื่อขอความร่วมมือในการชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการทำงานวิจัย
2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ต้องขังจึงไม่สามารถเข้าพบกลุ่มตัวอย่างได้โดยตรง ต้องผ่านทางเจ้าหน้าที่ของทางเรือนจำ
3. แนะนำตัวกับเจ้าหน้าที่ทางเรือนจำ เพื่อขอความร่วมมือในการช่วยเก็บข้อมูลวิจัยและอธิบายรายละเอียดของการวิจัยแก่เจ้าหน้าที่ทางเรือนจำ เพื่อให้เจ้าหน้าที่อธิบายต่อกับผู้ต้องขัง
4. เจ้าหน้าที่ของทางเรือนจำเริ่มทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามที่เตรียมไว้
5. ผู้วิจัยรวบรวมตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของแบบสอบถามทั้งหมดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเชิงพรรณนาด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺ ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้าน และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังสูงอายุที่มีความแตกต่างกันในด้านสถานภาพสมรส กำหนดโทษที่ได้รับ ระยะเวลาที่ต้องโทษจำคุกมาแล้ว จำนวนครั้งที่ต้องโทษ และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)
4. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังสูงอายุที่มีความแตกต่างกันในด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test)
5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

6. ทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ 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
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
sup1	แทน	ด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน
sup3	แทน	ด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการแจกแจงแบบ F (F – distribution)
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการแจกแจงแบบ t (t – 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 และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุชาย ในเรือนจำกลางบางขวาง

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าตามตัวแปรสถานภาพสมรสก่อนต้องโทษ กำหนดโทษ ระยะเวลาที่จำคุกมาแล้ว จำนวนครั้งของการต้องโทษ และการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้าน กับภาวะซึมเศร้า

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

หมายเหตุ ในการศึกษานี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาตัวแปรอิสระ คือ

1. จำนวนครั้งของการต้องโทษ แต่เมื่อไปเก็บข้อมูลจริงพบว่า จำนวนครั้งของการต้องโทษนั้นมีเพียงกลุ่มเดียว คือ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ต้องโทษเป็นครั้งแรก ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรอิสระนี้ออกไป
2. กำหนดโทษที่ได้รับ แต่เมื่อไปเก็บข้อมูลจริงพบว่า ไม่ปรากฏว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโทษประหารชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ตัดโทษประหารชีวิตออกไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ต้องขังสูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส กำหนดโทษที่ได้รับ ระยะเวลาที่จำคุกมาแล้ว และ จำนวนครั้งของการต้องโทษ

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. สถานภาพสมรส		
คู่	61	56.5
โสด	16	14.8
หม้าย/หย่า	31	28.7
รวม	108	100
2. กำหนดโทษที่ได้รับ		
จำคุกต่ำกว่า 30 ปี	7	6.5
จำคุก 30-59 ปี	21	19.4
จำคุกตั้งแต่ 60 – จำคุกตลอดชีวิต	80	74.1
รวม	108	100
3. ระยะเวลาที่จำคุกมาแล้ว		
น้อยกว่า 1 ปี	3	2.8
1 - 5 ปี	33	30.6
ตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป	72	66.7
รวม	108	100
4. จำนวนครั้งของการต้องโทษ		
1 ครั้ง	108	100
รวม	108	100

จากตาราง 3 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษามีจำนวนทั้งหมด 108 คน เมื่อจำแนกตามสถานภาพแล้ว พบว่า ส่วนใหญ่เป็นมีสถานภาพสมรสแล้ว จำนวน 61 คน หรือร้อยละ 56.5

รองลงมา มีสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง จำนวน 31 คน หรือร้อยละ 28.7 และโสดจำนวน 16 คน หรือร้อยละ 28.7

ในด้านกำหนดโทษที่ได้รับ โดยส่วนใหญ่มีกำหนดโทษที่ได้รับจำคุกตั้งแต่ 60 ปี ถึงตลอดชีวิต จำนวน 80 คน หรือร้อยละ 74.1 รองลงมา กำหนดโทษที่ได้รับจำคุก 30-59 ปี จำนวน 21 คน หรือร้อยละ 19.4 กลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุดได้แก่จำคุกต่ำกว่า 30 ปี จำนวน 7 คนหรือร้อยละ 6.5

ในด้านระยะเวลาที่ต้องโทษจำคุกมาแล้ว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จำคุกมาแล้ว ตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป จำนวน 72 คน หรือร้อยละ 66.7 รองลงมาจำคุกมาแล้วอยู่ระหว่าง 1-5 ปีจำนวน 33 คนหรือร้อยละ 30.6 และผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดต้องโทษมาแล้ว จำนวน 1 ครั้ง

ตอนที่ 2 ระดับภาวะซึมเศร้า และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ต้องขังสูงอายุ

2.1 ภาวะซึมเศร้า

เกณฑ์การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 0 – 12 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)

คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 13 – 18 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 19 – 24 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 25 – 30 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุชายในเรือนจำมาเทียบกับเกณฑ์ข้างต้น พบผู้ต้องขังสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับต่างๆกันตามตาราง 4 ดังนี้

ตาราง 4 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ต้องขังสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับต่างๆกัน จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)	29	27
เล็กน้อย	79	73
ปานกลาง	-	-
รุนแรง	-	-
รวม	108	100

จากตาราง 4 พบว่า ผู้ต้องขังสูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 73 เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มรวมทั้งหมดเทียบกับเกณฑ์ พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ซึ่งแสดงผลในตาราง 5

ตาราง 5 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุกลุ่มรวม

N	$\bar{X}$	S.D.	ระดับภาวะซึมเศร้า
108	13.09	5.65	ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

เมื่อวิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุในกลุ่มย่อย โดยจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษาปรากฏผลตามตาราง 6

ตาราง 6 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ จำแนกตามตัวแปรชีวิตสังคม

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S.D.	ระดับภาวะซึมเศร้า
1.สถานภาพสมรส				
สมรสแล้ว	61	13.82	5.35	ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
โสด	16	12.75	8.05	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
หม้าย/หย่าร้าง	31	11.84	4.68	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
2. กำหนดโทษที่ได้รับ				
จำคุกต่ำกว่า 30 ปี	7	10.71	5.35	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
จำคุก 30-59 ปี	21	12.76	5.59	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
จำคุกตั้งแต่ 60 ปี-ตลอดชีวิต	80	13.39	5.72	ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S.D.	ระดับภาวะซึมเศร้า
3. ระยะเวลาที่จำคุกมาแล้ว				
น้อยกว่า 1 ปี	3	15.00	3.76	ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
1-5 ปี	33	11.79	5.47	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)
ตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป	72	13.61	5.79	ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

จากตาราง 6 พบว่าผู้ต้องขังสูงอายุ ที่มีสถานภาพสมรสแล้ว ได้รับโทษจำคุกตั้งแต่ 60 ปี – ตลอดชีวิต ระยะเวลาที่จำคุกมาแล้วน้อยกว่า 1 ปี และจำคุกมาแล้ว ตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ส่วน ผู้ต้องขังสูงอายุที่มี สถานภาพโสด หม้าย/หย่า จำคุกต่ำกว่า 30 ปี 30-59 ปี และจำคุกมาแล้ว 1-5 ปี ไม่มีภาวะซึมเศร้า

2.2 การสนับสนุนทางสังคม

เกณฑ์การประเมินระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านของผู้ต้องขังสูงอายุแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	คะแนนรวม (36-180)	คะแนนรายด้าน (6-40)
ต่ำมาก	36 – 64	6 – 12
ต่ำ	65 – 93	13 – 19
ปานกลาง	94 - 122	20 – 26
สูง	123 - 151	27 – 33
สูงมาก	152 -180	34 – 40

เมื่อวิเคราะห์จำนวนผู้ต้องขังสูงอายุ จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม ได้ผลตาม
ตาราง 7

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ต้องขังสูงอายุจำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม
และรายด้าน

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม		
ต่ำมาก	-	-
ต่ำ	94	87
ปานกลาง	14	13
สูง	-	-
สูงมาก	-	-
	108	100
ด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน		
ต่ำมาก	-	-
ต่ำ	45	42
ปานกลาง	63	58
สูง	-	-
สูงมาก	-	-
	108	100
ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม		
ต่ำมาก	-	-
ต่ำ	104	97
ปานกลาง	4	3
สูง	-	-
สูงมาก	-	-
	108	100

ตาราง 7 (ต่อ)

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น		
ต่ำมาก	-	-
ต่ำ	102	95
ปานกลาง	6	5
สูง	-	-
สูงมาก	-	-
	108	100
ด้านที่ 4 การยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า		
ต่ำมาก	-	-
ต่ำ	48	44
ปานกลาง	60	56
สูง	-	-
สูงมาก	-	-
	108	100
ด้านที่ 5 การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ		
ต่ำมาก	-	-
ต่ำ	101	95
ปานกลาง	7	5
สูง	-	-
สูงมาก	-	-
	108	100

จากตาราง 7 การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำเป็นจำนวนมากที่สุด จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 87 ที่เหลือได้รับการสนับสนุนจากสังคมในระดับปานกลาง เป็นจำนวน 14 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 13

การสนับสนุนทางสังคมในด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน มีผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางเป็นจำนวนมากที่สุด จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 58 รองลงมาคือ ต่ำ จำนวน 45คน คิดเป็นร้อยละ 42

การสนับสนุนทางสังคมในด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำเป็นจำนวนมากที่สุด จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 97 รองลงมาคือ ระดับปานกลางจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3

การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น มีผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำเป็นจำนวนมากที่สุด จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 95 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5

การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 4 การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า มีผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางเป็นจำนวนมากที่สุด จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 56 รองลงมาคือ ระดับต่ำ จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 44

การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 5 การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ มีผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำเป็นจำนวนมากที่สุด จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 95 รองลงมาคือ ปานกลาง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มรวมทั้งหมดเทียบกับเกณฑ์ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่างๆกัน ดังแสดงผลในตาราง 8

ตาราง 8 ระดับของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านของผู้ต้องขังสูงอายุ

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	92.40	12.46	ต่ำ
-ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน	25.89	3.52	ปานกลาง
-ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	19.32	3.22	ต่ำ
-ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น	19.62	3.08	ต่ำ
-ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า	26.28	3.76	ปานกลาง
-ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ	22.17	2.51	ต่ำ

จากตาราง 8 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโดยรวมและเป็นรายด้านอยู่ในระดับต่ำ โดยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 92.40 โดยในรายด้านพบว่า ด้านความใกล้ชิดและความผูกพันมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.89 ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.32 ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.62 ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า 26.28 และด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.17

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าตามตัวแปรสถานภาพสมรส กำหนดโทษที่ได้รับ และระยะเวลาที่ต้องโทษจำคุกมาแล้ว

3.1 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามตัวแปรสถานภาพสมรส เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ผู้ต้องขังสูงอายุที่มีสถานภาพคู่ มีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า โสด หม้าย/หย่า

ตาราง 9 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ ตามตัวแปรสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	N	$\bar{X}$	S.D.
สมรสแล้ว	61	13.82	5.35
โสด	16	12.75	8.05
หม้าย/หย่าร้าง	31	11.84	4.68
รวม	108	13.09	5.66

ตาราง 10 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุจำแนกตามตัวแปรสถานภาพสมรส

แหล่งของ ความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	82.86	41.43	1.30	0.28
ภายในกลุ่ม	105	3344.21	31.85		
รวม	107	3427.07			

จากตาราง 10 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หรือ สถานภาพสมรสไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

3.2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามตัวกำหนดโทษที่ได้รับ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีกำหนดโทษที่ได้รับแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ตาราง 11 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ ตามตัวแปรกำหนดโทษที่ได้รับ

กำหนดโทษที่ได้รับ	N	$\bar{X}$	S.D.
จำคุกต่ำกว่า 30 ปี	7	10.71	5.35
จำคุก 30-59 ปี	21	12.76	5.59
จำคุกตั้งแต่ 60 ปี - จำคุกตลอดชีวิต	80	13.39	5.72
รวม	108	13.09	5.66

ตาราง 12 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ จำแนกตามตัวแปรกำหนดโทษที่ได้รับ

แหล่งของ ความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	48.85	24.42	0.76	0.47
ภายในกลุ่ม	105	3378.23	32.17		
รวม	107	3427.07			

จากตาราง 12 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีกำหนดโทษที่ได้รับแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

3.3 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามตัวแปรระยะเวลาที่ต้องโทษจำคุกมาแล้ว เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า ผู้ต้องขังสูงอายุที่มีระยะเวลาที่อยู่ในเรือนจำเป็นระยะเวลานานจะมีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ต้องขังสูงอายุที่อยู่ในเรือนจำเป็นระยะเวลาน้อย

ตาราง 13 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุตามตัวแปรระยะเวลาที่ต้องโทษจำคุกมาแล้ว

ระยะเวลาที่ต้องโทษจำคุกมาแล้ว	N	$\bar{X}$	S.D.
น้อยกว่า 1 ปี	3	15.00	3.76
1-5 ปี	33	11.79	5.47
ตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป	72	13.61	5.79
รวม	108	13.09	5.66

ตาราง 14 แสดงการเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ จำแนกตามระยะเวลาที่ต้องโทษจำคุกมาแล้ว

แหล่งของ ความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	86.45	43.22	1.36	0.26
ภายในกลุ่ม	105	3340.63	31.82		
รวม	107	3427.07			

จากตาราง 14 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาที่ต้องโทษจำคุกมาแล้วแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

3.4 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามตัวแปรระดับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ตาราง 15 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ จำแนกตามตัวแปร
การสนับสนุนทางสังคม

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ต่ำ	82	13.58	3.51	2.147*	.037
สูง	26	10.97	2.12		

*p < .05

จากตาราง 15 พบว่า ผู้ต้องขังสูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ต้องขังสูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5

ตอนที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

การศึกษาค่าสัมพัทธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันเชิงลบ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้ผลตามตาราง 16

ตาราง 16 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน
กับ ภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ

กลุ่ม	การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	ด้านความใกล้ชิด	ด้านการมีส่วนร่วม	ด้านการมีประโยชน์	ด้านความมีคุณค่า	ด้านการได้รับความช่วยเหลือ	ภาวะซึมเศร้า
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	1.00	0.57**	0.58**	0.65**	0.87**	0.51**	-0.17**
ด้านความใกล้ชิด		1.00	0.31**	0.23**	0.24**	0.31**	-0.14**
ด้านการมีส่วนร่วม			1.00	0.18**	0.32**	0.37**	-0.22**
ด้านการมีประโยชน์				1.00	0.48**	0.28**	-0.46**
ด้านการมีคุณค่า					1.00	0.43**	-0.07**
ด้านการได้รับความช่วยเหลือ						1.00	-0.19**
ภาวะซึมเศร้า							1.00

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 16 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ในการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ส่วนการสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้านพบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

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

การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน เพื่อทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านที่ 4 การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า ด้านที่ 5 การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้

ตาราง 17 แสดงตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านที่ทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุโดยใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นบันได (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตัวแปร	b	S _b	Beta	t	P
ด้านความใกล้ชิดและผูกพัน (SUP1)	0.540	0.136	0.336	5.366***	.000
ด้านโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น (SUP3)	-1.075	0.165	-0.585	-0.652***	.000
R ² ที่ปรับแล้ว = 0.354		ค่าคงที่ = 25.739			

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 17 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นบันไดพบว่า ตัวแปรด้านความใกล้ชิดและผูกพัน และด้านโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ตั้งไว้ได้เพียงบางส่วน เพราะตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ จากการทดสอบตัวแปร 5 ตัวแปร พบว่ามีเพียง 2 ตัวแปรที่มีอิทธิพล และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุได้ โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ ได้ร้อยละ 35.4 เมื่อนำตัวแปรดังกล่าวมาสร้างเป็นสมการถดถอยในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

จากผลในตาราง 17 สามารถเขียนสมการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุได้ ดังนี้

สมการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = 25.73 + 0.54 \text{ sup1} - 1.075 \text{ sup3}$$

สมการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = 0.336 \text{ sup1} - .585 \text{ sup3}$$

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้ากับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุชายในเรือนจำกลางบางขวาง
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุชายในเรือนจำกลางบางขวาง ที่มีสถานภาพสมรส กำหนดโทษที่ได้รับ ระยะเวลาที่ต้องโทษจำคุกมาแล้ว จำนวนครั้งของการต้องโทษ และ การสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุชายในเรือนจำกลางบางขวาง
4. เพื่อศึกษาตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้ต้องขังสูงอายุที่มีสถานภาพคู่มีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าโสด หม้าย/หย่า
2. ผู้ต้องขังสูงอายุที่ได้รับกำหนดโทษต่างกันมีระดับภาวะซึมเศร้าต่างกัน
3. ผู้ต้องขังสูงอายุที่มีระยะเวลาที่อยู่ในเรือนจำเป็นระยะเวลานานจะมีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ต้องขังสูงอายุที่อยู่ในเรือนจำเป็นระยะเวลาสั้น
4. ผู้ต้องขังสูงอายุที่ได้รับโทษเป็นครั้งแรกมีระดับภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ต้องขังสูงอายุที่ได้รับโทษมากกว่า 1 ครั้ง
5. ผู้ต้องขังสูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ต้องขังสูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ
6. การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันเชิงลบ
7. การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านที่ 4 การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า ด้านที่ 5 การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุได้

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

คือ ผู้สูงอายุชายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเรือนจำกลางบางขวาง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

คือ ผู้สูงอายุชายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเรือนจำกลางบางขวาง ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้ผู้สูงอายุ จำนวน 108 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ให้เลือกตอบ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ ที่ประกอบไปด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ สถานภาพสมรส กำหนดโทษที่ได้รับ ระยะเวลาที่ต้องโทษจำคุกมาแล้ว และจำนวนครั้งของการต้องโทษ

ตอนที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ

ตอนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบ่งเป็น 5 ด้าน จำนวน 36 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้าน และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่มีความแตกต่างกันในด้านสถานภาพสมรส กำหนดโทษที่ได้รับ ระยะเวลาที่ต้องโทษจำคุกมาแล้ว และจำนวนครั้งของการต้องโทษ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)
5. ทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ จากตัวแปรทำนายการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาสเจอประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และด้านการ

ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบเพิ่มตัวแปรทีละตัว (Stepwise)

สรุปผลการศึกษา

1. ผลจากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษามีจำนวนทั้งหมด 108 คน เมื่อจำแนกตามเพศพบว่า ส่วนใหญ่เป็นมีสถานภาพสมรสแล้ว จำนวน 61 คน หรือร้อยละ 56.5 รองลงมา มีสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง จำนวน 31 คน หรือร้อยละ 28.7 โดยส่วนใหญ่มีกำหนดโทษที่ได้รับจำคุกตั้งแต่ 60 ปี ถึงตลอดชีวิต จำนวน 80 คน หรือร้อยละ 74.1 รองลงมา กำหนดโทษที่ได้รับจำคุก 30-59 ปี จำนวน 21 คน หรือร้อยละ 19.4 และระยะเวลาที่ต้องโทษจำคุกมาแล้วส่วนใหญ่จำคุกมาแล้ว ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 72 คน หรือร้อยละ 66.7 รองลงมา จำคุกมาแล้วอยู่ระหว่าง 1-5 ปี และผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ได้รับการจำคุก จำนวน 1 ครั้ง

2. ผลจากการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า อยู่ในระดับซึมเศร้าเล็กน้อย คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.09

3. ผลจากการศึกษาระดับของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้าน

3.1 การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ต้องขังสูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 92.40

3.2 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพันอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.89

3.3 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.32

3.4 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.62

3.5 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 4 การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่าอยู่ในระดับสูง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.28

3.6 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 5 การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.17

4. ผลจากการศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส กำหนดโทษที่ได้รับ ระยะเวลาที่ต้องโทษจำคุกมาแล้ว

4.1 ผู้ต้องขังสูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีระดับภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1 ที่ตั้งไว้

4.2 ผู้ต้องขังสูงอายุที่กำหนดโทษที่ได้รับต่างกันมีระดับภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ตั้งไว้

4.3 ผู้ต้องขังสูงอายุที่มีระยะเวลาต้องโทษจำคุกมาแล้ว แตกต่างกันมีระดับภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 3 ที่ตั้งไว้

5. ผลจากการศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ ตามตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ต้องขังสูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ตั้งไว้

6. ผลจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านกับภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมกับรายด้าน

6.1 การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6

6.2 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6.3 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6.4 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6.5 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 4 การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6.6 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ 5 การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

7. ผลจากการศึกษาตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า มีตัวแปร 2 ตัว ที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน และด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น โดยตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปร ร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 35.4 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 บางส่วน

อภิปรายผล

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุในเรือนจำบางขวาง สามารถแบ่งการอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ระดับของภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ พบว่า ผู้ต้องขังสูงอายุมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับซึมเศร้าเล็กน้อย ($\bar{X} = 13.09$) ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ กมลจิน สาทรา (2537: บทคัดย่อ) ศึกษาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์ จ.นครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนร้อยละ 45.99 มีความซึมเศร้าเล็กน้อย ส่วนการศึกษาของ สรวุฒิ สังข์ศรี; พิมพาภรณ์ สังข์ศรี; ขณะที่ สุวรรณี เรืองเดช (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาอารมณ์เศร้าในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ กรณีศึกษา โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุส่วนใหญ่มีอาการเศร้า คิดเป็นร้อยละ 58.3 เป็นอารมณ์เศร้าระดับเล็กน้อยมากกว่าระดับอื่น คิดเป็นร้อยละ 28.2 และการศึกษาของ มาโนช ทับมณี (2541 : ง) ที่ได้ศึกษาความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความทุกข์ของความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 35.1 สอดคล้องการศึกษาของ เพ็ญศรี หลินสุนนท์ (2543 : ง) ศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีความซึมเศร้า ร้อยละ 22 และการศึกษาของ ดารณศ เกษไชย; และคนอื่นๆ (2544: 6) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าของภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุไทยในกรุงเทพมหานคร พบว่า มีความทุกข์ของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 9.8 จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าในวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และโดยส่วนใหญ่จะมีภาวะซึมเศร้าปกติถึงเล็กน้อย ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีภาวะซึมเศร้ามากหรือน้อยแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่จะเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2. ระดับการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้ต้องขังสูงอายุในเรือนจำบางขวาง พบว่า ผู้ต้องขังสูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 92.40$) และเมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ส่วนด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน และ ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่ามีระดับของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

โดยด้านความใกล้ชิดและผูกพันมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.89 โดยมีระดับคะแนนอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดจำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 58 ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.32 โดยมีระดับคะแนนอยู่ในระดับต่ำมากที่สุดถึง 104 คน หรือร้อยละ 97 ด้าน

การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 19.62 โดยมีระดับคะแนนอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 95 ด้านการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.28 โดยมีระดับคะแนนอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 60 คน หรือร้อยละ 56 และด้านสุดท้าย คือ ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.17 โดยส่วนใหญ่จำนวน 101 คน หรือร้อยละ 95 มีระดับคะแนนอยู่ในระดับต่ำ

ผลการศึกษาดังกล่าวนี้ ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ สรินดา น้อยสุข (2545 : บทคัดย่อ) ซึ่งได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ รับบริการในคลินิกจิตเวช พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับสูง ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ร้อยละ 58.15 ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ร้อยละ 63.33 ด้านการได้รับการยอมรับ และการเห็นคุณค่าในตัวเอง ร้อยละ 60.74 ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ร้อยละ 62.96 ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น ร้อยละ 63.70 และด้านการได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำด้านต่าง ๆ 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 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี แก้วเวฬุ (2544: ออนไลน์) ได้ศึกษาเรื่อง ผู้สูงอายุกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในชุมชนอำเภอสุโขทัย-โก-ลก จังหวัดนราธิวาส ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก พิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าอยู่ในระดับปานกลาง ด้านสิ่งของ เงินทอง แรงงาน และบริการทางการแพทย์ อยู่ในระดับค่อนข้างมาก และด้านข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำอยู่ในระดับปานกลาง

3. ปัจจัยทางชีวิสังคมกับภาวะซึมเศร้า

3.1 สถานภาพสมรสกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 จากผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ เกริกชัย พิชัย (2546 : 56) ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ บุญสม กองนิล

(2545 : 74) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิด อึดทนใน ด้านลบ การปรับตัวทางสังคม กับความซึมเศร้าในหญิงวัยหมดระดู โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่า สถานภาพสมรส โสด คู่ และหม้าย หย่า แยก ไม่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุต้องอยู่ในเรือนจำและเมื่อเข้ามาอยู่ในเรือนจำก็ทำให้ไม่มีใครมาเยี่ยม คู่สมรสที่เคยสมรสก่อนเข้ามาอยู่ในเรือนจำก็ไม่ได้มาอยู่ใกล้ชิดดูแล จึงทำให้สถานภาพที่ต่างกันต่อชีวิตความเป็นอยู่ในเรือนจำไม่แตกต่างกัน สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันจึงมีผลต่อภาวะความซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

3.2 กำหนดโทษที่ได้รับกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีกำหนดโทษที่ได้รับแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ วราพร อินทบุหรณ์ (2534:63) ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย ซึ่งผลว่าการที่ศาลตัดสินให้อยู่ในเรือนจำมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ศาลตัดสินให้อยู่ในระยะสั้น

3.3 ระยะเวลาที่ต้องโทษจำคุกมาแล้ว

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ต้องขังสูงอายุที่มีระยะเวลาต้องโทษจำคุกมาแล้วแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วราพร อินทบุหรณ์ (2534:64) ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย ซึ่งพบว่าระยะเวลาที่เข้ามาอยู่ในเรือนจำไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

3.4 การสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ต้องขังสูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ต้องขังสูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 สอดคล้องกับการศึกษาของ เร็ตตี (เกริกชัย พิชัย, 2546: 30; อ้างอิงจาก เร็ตตี, 1991.) ศึกษาเรื่องความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในผู้สูงอายุเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวน้อย จะมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวมาก

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 แสดงให้เห็นว่าหากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ ในการศึกษาของ สุมาลี ว่องเจริญกุล

(2540: ง) ที่ศึกษาเรื่องเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายและได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความเป็นอยู่ที่ดีที่มีความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในต่างจังหวัดมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย ผู้สูงอายุจึงได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างดี ซึ่งจากการศึกษาของ สุมาลี ว่องเจริญกุล พบว่าเครือข่ายทางสังคมที่อยู่ใกล้ชิดและมีบทบาทในการสนับสนุนมากที่สุดคือ สมาชิกในครอบครัว รองลงมาคือ เครือญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และสมาชิกในชุมชนตามลำดับ การที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะน้อย

5. การทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ผลจากการศึกษาตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า มีตัวแปร 2 ตัว ที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านที่ 1 ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน และด้านที่ 3 การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น โดยตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปร ร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 35.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ ลักษณะมี บุญธรรม (2540 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาเรื่องอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมคือตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 41.01 ส่วนการศึกษาของสุจิตรา นิลเลิศ (2539: ข) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยในชนบท จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าเมื่อมีการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยการที่ผู้สูงอายุได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรแล้ว ตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ มีเพียง 6 ตัวแปร โดยมีความสำคัญตามลำดับคือ การให้ความเคารพยกย่อง การสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน/วัด รายได้(เงินทองและสิ่งของ) การยอมรับความคิดเห็นของผู้สูงอายุ การยอมรับและให้อภัยเมื่อผู้สูงอายุทำผิดพลาด การให้เวลาเอาใจใส่พูดคุยด้วย ซึ่งตัวแปรเหล่านี้ทุกตัวมีอิทธิพลหรือมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในทางบวก และตัวแปรทั้ง 6 ตัว ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนความมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 45.1 ซึ่งจัดว่าอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ พรสุวรรณ จารุพันธ์ (2547: 223) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท พบว่า แรงสนับสนุนสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 38 แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ต้องขังที่อยู่ในเรือนจำ ตัวทำนายที่สามารถทำนายได้มี 2 ด้าน น่าจะมาจากสาเหตุคือสภาพแวดล้อมที่อยู่ใน

เรือนจำมีความกดดันสูงทั้งชีวิตความเป็นอยู่และกฎระเบียบทำให้น่าจะมีตัวแปรอีกหลายตัวที่ส่งผลกระทบต่อภาวะความซึมเศร้าถึงแม้จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมก็ตาม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การวิจัยในครั้งนี้เลือกหน่วยตัวอย่างเป็นผู้ต้องขังสูงอายุ ผลของการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ต้องขังสูงอายุนั้นได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และมีภาวะความซึมเศร้าเล็กน้อย ดังนั้นน่าจะเป็นแนวทางสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องที่จะเข้ามาให้การดูแล เอาใจใส่ แก่ผู้สูงอายุเพื่อจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ในเรือนจำคลายภาวะความกดดันลง และจะได้ช่วยลดปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังสูงอายุลงได้

2. ปัจจัยที่มีผลกระทบหรือมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน แต่ปัจจัยสำคัญที่พบจากการทำวิจัยว่าสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้คือ ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน และการมีโอกาสนี้ประโยชน์ต่อผู้อื่น ซึ่งผลตรงนี้จะช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ ได้รับทราบถึง และสามารถตอบสนองในด้าน ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน และการมีโอกาสนี้ประโยชน์ต่อ โดยจัดกิจกรรมระหว่างผู้ต้องขังเอง และผู้ต้องขังกับเจ้าหน้าที่ ให้ได้มีกิจกรรมร่วมกัน ได้ใกล้ชิดสนิทสนมกัน ช่วยเหลือกัน เพื่อช่วยให้ผู้ต้องขังมีสภาพภาวะจิตใจที่ดีขึ้น และลดภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นกับผู้ต้องขังสูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดหลายประการในการเข้าถึงหน่วยตัวอย่าง การเก็บข้อมูลผู้วิจัยไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้เอง เจ้าหน้าที่ของทางเรือนจำเป็นผู้เก็บข้อมูลให้ ดังนั้นเป็นไปได้ว่าเจ้าหน้าที่อาจเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ สุขภาพแข็งแรง สุขภาพจิตดีมาทำแบบสอบถาม อาจทำให้ข้อมูลที่ได้คาดเคลื่อน ผู้วิจัยจึงเสนอให้การเก็บข้อมูลในครั้งต่อไปใช้การเก็บข้อมูลแบบ สุ่ม น่าจะช่วยให้ผลของการเก็บข้อมูลได้ความถูกต้องมากกว่า

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆที่คาดว่าจะมีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังสูงอายุ เพิ่มเติม เช่น กิจกรรมของผู้ต้องขังสูงอายุภายในเรือนจำ การย้ายผู้ต้องขังสูงอายุสู่เรือนจำประจำจังหวัดที่เป็นภูมิลำเนาของผู้สูงอายุ หรือการย้ายผู้ต้องขังสูงอายุ ไปเรือนจำคลองเปรม เป็นต้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมลสิน สัตตรา. (2531). *ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาคลินิก). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.ถ่ายเอกสาร.
- กรมประชาสัมพันธ์ กองวิชาการ. (2533, มีนาคม – เมษายน). ความคาดหวังแรงใจสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องการเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราของกรมประชาสัมพันธ์. *กรมประชาสัมพันธ์*. 33(21).
- กรมราชทัณฑ์ กระทรวงมหาดไทย.(2545) 72 ปีเรือนจำกลางบางขวาง. กรมราชทัณฑ์.(26-61) กฤษณา บุญรอด. (2547). *ความต้องการกิจกรรมนันทนาการของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การจัดการนันทนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.ถ่ายเอกสาร.
- กัลยา นาคเพ็ชร; และคนอื่นๆ. (2542). *จิตวิทยาพัฒนาการ*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาล ศาสตร วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. .
- จันทร์เพ็ญ เนียมอินทร์. (ม.ป.ป.). *สุขภาพจิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ชาญกัญญา ดันดีลีปกร. (2547). *สำรวจคุณภาพผลงานวิจัยชีวิต ภาวะซึมเศร้า และสภาพสมองของข้าราชการเกษียณ*. *วารสารสมาคมนักวิจัย*. กรุงเทพฯ.
- ดวงใจ กษานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้ารักษาหายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ*. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- ดวงใจ กษานติกุล.(2548) *โรคซึมเศร้าแก้ไขได้*. สืบค้นเมื่อ 24 มีนาคม 2548 , จาก <http://kanchanapisek.or.th/amf/articles/article-3.th.html>
- ทิพากร ปัญญาใหญ่, วัชนี หัตถพนม และละเอียด ปัญญาใหญ่. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่น” สืบค้นเมื่อ 26 มีนาคม 2548, <http://dmh.go.th/Abstract/details.asp?id=2343>
- ธวัชชัย ลิฬหนาจ. (2545). ภาวะซึมเศร้าในชายวัยทอง. ใน *Problem Practice Promotion Prevention Postphone Productivity*. หน้า 346-347. กรุงเทพฯ: ปิยะนงค์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์;และคนอื่นๆ.(2537). *แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย*. *สารศิริราช* . 46(1):5-11.

- นิลบล รุจิระประเสริฐ. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย*.
วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัย มหิดล.ถ่ายเอกสาร.
- บัณฑิต เคียงธนสมบัติ. (2547). *การสนับสนุนทางสังคม การมีกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ*. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.ถ่ายเอกสาร.
- บริบูรณ์ พรพิบูลย์. (2542). *โลกยามชรา ไฟส่องทางเพื่อคุณภาพชีวิต*. กรุงเทพฯ: เบลโล่การพิมพ์.
- ประภาส จิตตาศิริวัตร. (2544, มกราคม-มีนาคม). *ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลสวนแตงอำเภอละแม จังหวัดชุมพร เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วม และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม. 24(1).*
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล; และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. (2541). *ฆ่าตัวตาย การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: พลัสเพลส.
- ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. (2546). *สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2545-2546*. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล; และ ปัทมา ว่าพัฒนางศ์. (2546). *ประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2503-2563. ใน เอกสารการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรินทร์ วนิชานนท์; อัมพร โอตระกูล; และ สุพัฒน์นา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา. (2530). *โรคทางจิตเวชในผู้ป่วยนอกสูงอายุของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารกรมการแพทย์. 12(6): 341-348.*
- พิมพ์พรณ กิตติวงศ์ภักดี. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม. ปริญญาานิพนธ์ วศ.ม. (สุขศึกษา)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ.
- พรทิพย์ รัตนชัยฤทธิ์ (2539) *แนวทางการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังสูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีเรือนจำกลางบางขวาง*. วิทยานิพนธ์ สค.ม.(บริหารงานกระบวนการยุติธรรม) . กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.ถ่ายเอกสาร.

- พิสมัย พลายงาม. (2539). *การศึกษาความต้องการกิจกรรมนันทนาการของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. ปรินญานิพนธ์ ศศ.ม. (การศึกษาผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ.*
- เพ็ญศรี แก้วเวฬุ. (2544). *ผู้สูงอายุกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในชุมชนอำเภอสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส. ปรินญานิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาลังคม). กรุงเทพฯ: โครงการสหวิทยาการระดับบัณฑิตศึกษา. สืบค้นเมื่อ 13 มิถุนายน 2548, "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่น" www.riclib.nrct.go.th/abs/t129978.pdf*
- เพ็ญแข ประจันปัจฉินึก. (2534). *การศึกษากลุ่มประชากรผู้สูงอายุ. ใน ประมวลบทความผลงานทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.*
- ภมริน เชาวน์จินดา. (2542). *การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. ถ่ายเอกสาร.*
- มาลินี วงษ์สิทธิ์; และ ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2544). *ประชาสังคมกับการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- มาลินี วงษ์สิทธิ์; ศิริวรรณ ศิริบุญ; และ อัจฉรา เอ็นซ์. (2541). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแล ให้บริการและกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. (2545). *สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุและบทบาทของสุขศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์.*
- ฉวีวรรณ อุณาภิรักษ์. (2547). *การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.*
- วราพร อินทบุรินทร์. (2534) *การศึกษาความซุกซนของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(จิตเวชศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.*
- วาทีณี บุญชะลิกษ์; และ ยุพิน วรสิริอมร. (2542). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. ใน จุดเปลี่ยนนโยบายประชากร. กุศล สุนทรธาดา. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.*
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร; และคนอื่นๆ. (2541). *การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ใน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ:*

โครงการร่วมระหว่างมหาวิทยาลัย มหิดล และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์

มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). *สวัสดิการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร; เล็ก สมบัติ; และ ภาวนา พัฒนศิริ. (2544). การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคใต้. ใน *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์.

ศิริพร จิรวัดณกุล. (2546). *ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2543). *การตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีตัวอย่าง การจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริวรรณ ดันศิริ. (2535). *ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาระวาศะ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.ถ่ายเอกสาร.

สมพล พงษ์พิพัฒน์ (2537) . *การสงเคราะห์และการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังระหว่างสอบสวน* . วิทยานิพนธ์ ศศ.ม (บริหารงานกระบวนการยุติธรรม).กรุงเทพฯ :บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.ถ่ายเอกสาร.

สมภาพ เรืองตระกูล . (2543). *โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.

----- . (2547). *ความเครียดและอาการทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.

สมหมาย จันเณ. (2538). *การลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคโดยใช้การสนับสนุนทางสังคม*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.ถ่ายเอกสาร.

สรินดา น้อยสุข. (2545). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกจิตเวช*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.ถ่ายเอกสาร.

สายัณห์ สวัสดิ์ศรี; และคนอื่นๆ. (2545). *Problem Practice Promotion Prevention Postphone Productivity*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

สิริสุดา ชาวคำเขต; และคนอื่นๆ. (2545). *สิทธิและสวัสดิการของผู้สูงอายุ*. ใน *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ยุทธวิธีนทร์การพิมพ์.

- สุมาลย์ โทมัส. (2531). ผู้สูงอายุในประเทศไทย สถานภาพ แนวโน้มและปัญหา. วารสาร
ธรรมศาสตร์. 16:1.
- โสมสิริ รอดพิพัฒน์. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรรภ์ การ
รับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม
กับ ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรรภ์. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ทองแดง. (2543). สารานุกรมผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราช
พยาบาล.
- อรพรรณ ทองแดง; และคนอื่นๆ. (2542). การศึกษาภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมใน
ผู้สูงอายุ. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ ผู้วัยสูงอายุ
ด้วยคุณภาพ. กรุงเทพฯ: พญวิทยา.
- องอาจ สิทธิเจริญชัย; ชรินทร์ เจริญกุล; และปัญญวัฒน์ สันติเวช. (2540). คุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุไทย: กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคอีสาน.
12(10).
- อัจฉรา เอ็นท์; และ ปรียา รุ่งโสภาคกุล. (2541). การศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแล
รักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมพร โอตะระกุล; และคนอื่นๆ. (2536). ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท.
วารสารกรมการแพทย์. 18(10): 503-504.
- อัมพร โอตะระกุล. (2538). ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- อารยา จิยะจันทร์. (2535). ผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่ออารมณ์
เศร้าของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 24 บางเขน
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- 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.
- Babara Hansen Lemme. (1995). *Development in Adulthood*. Boston.
- 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.
- Bourdan KH.; et al. (1992). Estimating the Prevalence of Mental Disorder in US Adults. *The Epidemiological Catchment Area Survey*. 107(6): 663.
- Brown DR.; Mieburn NG.; & Gary LE. (1992). Symtoms of Depression among Older African-Americans. *An Analysis of Gender Differences, Gerontogist*. 32(6): 789.
- Concencus Statement. (1991). USDHHS: Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life.
- Drentea, Patricia. (1999.). <http://www.lib.umi.com/dissertation/fullcit/9965971>.
- Funk, David. (2000). <http://www.lib.umi.com/dissertation/fullcit/9965971>.
- Gerdt Sundstrom. (2003). *Network and Social Support in Old Age: Evidence from Sweden*. Retrieved April 3, 2005, from http://www.lshtm.ac.uk/cps/famsup/BSPSNWSFAMSUP_8May03v2.pdf.
- Goldberg D.; Benjamin S.; & Creed F. (1987). *Psychiatry in Mental Practice*. London and New york: Tavistock.
- 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.
- Iris Chi; et al. (2005). *Prevalence of Depression and Its Correlates In Hong's Chinese Older Adult*. Retrieved June 15, 2005 from www.ajgp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/13/5/409.
- Keltner, Norman L.; et al. (1999). *Psychiatric Nursing*. 3rd ed. St.Louis, Mosby.
- Lu Hong. (2000). *Social Support and Post partum depression among primiparas*. Dissertation, M.D. (Nursing Science in Maternal and Child Nursing). Cheangmai:Graduate School. Photocopied
- McGrath, E.; et al. (n.d.). *Women and Depression*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Michelle Morrison Valfre. (2001). *Foundation of Mental Health Care*. 2nd ed. USA: A.Harcourt sciences.
- Nolen Hocksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford. CA: Stanford University Press.

Prince M.J.; et al. (1997). *Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI*. Retrieved June 7, 2005, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Abstract&list_uids=9089825.

Priscilla Ebersole; & Patricia Hess. (1994). *Toward Healthy Aging Human Need and Nursing Response*. Copyright by Mosby Inc.

T.E. Oxman; et al. (1992). *Social Support and Depressive symptoms in the elderly*. Retrieved June 7, 2005, from <http://www.aje.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/135/4/356>.

William Lee Bothell; Joel Fischer; & Cullen Hayashidg. (1992). *Social Support and Depression Among Low Income Elderly*. Retrieved June 7, 2005, from <http://www.haworthpress.com/store/ArticleAbstract.asp?sid=8AV3DE2GOWH49H034PSG6LC4FUB1BSQ4&ID=7672>.

ภาคผนวก

แบบสอบถามเพื่อทำการวิจัย

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

แบบสอบถามเรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุชายในเรือนจำกลางบางขวาง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเรือนจำกลางบางขวาง เพื่อประกอบการทำสารนิพนธ์เท่านั้น ไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อและตอบตามความเป็นจริงของท่าน

ผู้ทำสารนิพนธ์ขอแสดงความขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

นางสาวธนิศา คุณวัฒน์

นิสิตปริญญาโทสาขา จิตวิทยาพัฒนาการ

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. สถานภาพสมรส

- () คู่
- () โสด
- () หม้าย/หย่า

2. กำหนดโทษที่ได้รับ แบ่งเป็น

- () จำคุกต่ำกว่า 30 ปี
- () จำคุก 30 – 59 ปี
- () จำคุกตั้งแต่ 60 ปี - จำคุกตลอดชีวิต
- () โทษประหารชีวิต

3. ระยะเวลาที่ต้องโทษจำคุกมาแล้ว แบ่งเป็น

- () น้อยกว่า 1 ปี
- () 1 - 5 ปี
- () ตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป

4. จำนวนครั้งของการต้องโทษ

- () 1 ครั้ง
- () 2 ครั้ง
- () ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป

ส่วนที่ 2 แบบวัดสภาวะทางอารมณ์ในผู้สูงอายุไทย(Thai Geriatric Depression Scale : TGDS)

คำชี้แจง

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

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

21	คุณรู้สึกกระตือรือร้น		
22	คุณรู้สึกสิ้นหวัง		
23	คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ		
24	คุณอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กน้อยๆอยู่เสมอ		
25	คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ		
26	คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน		
27	คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า		
28	คุณไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น		
29	คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว		
30	คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน		

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด คำตอบนี้จะไม่มีถูกหรือผิด

ข้อ	คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
1.	<u>ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน</u> ในยามเจ็บป่วยท่านต้องดูแลตนเอง เพราะไม่มีใครสนใจท่าน					
2.	ท่านรู้สึกว่าคุณถูกรอบข้างรักและ ห่วงใยในตัวท่าน					
3.	ท่านรู้สึกโดดเดี่ยวทั้งๆที่มีบุคคลรอบ ข้างมากมาย					
4.	บุคคลรอบข้างช่วยให้ท่านรู้สึกสบายใจ					
5.	บุคคลรอบข้างคอยช่วยเหลือท่านในยามคับขันเสมอ					
6.	บุคคลรอบข้างมักแสดงให้ท่านรู้สึกว่า พอใจที่ได้ใกล้ชิดท่าน					
7.	เมื่อท่านต้องการระบายอารมณ์หรือ ความรู้สึก จะมีผู้รับฟังท่าน					
8.	บุคคลรอบข้างทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่น และปลอดภัย					
9.	<u>ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม</u> ท่านรู้สึกว่า การพบปะพูดคุยกับบุคคล รอบข้างเป็นสิ่งที่น่าเบื่อ					

ข้อ	คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
10.	ท่านมีความสุขกับการได้พบปะพูดคุยกับบุคคลรอบข้าง					
11.	ท่านไม่เคยร่วมกิจกรรมใดๆกับบุคคลรอบข้างหรือกิจกรรมของทางเรือนจำ เพราะจะเป็นภาระผูกพันไม่จบสิ้น					
12.	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมตามวัย					
13.	ท่านได้รับโอกาสในการแสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้อื่น					
14.	ท่านและบุคคลรอบข้างร่วมมือกันเป็นอย่างดีในการทำกิจกรรม					
15.	ท่านคิดว่าการใช้เวลารว่างในการทำกิจกรรมทางสังคมเป็นเรื่องไม่จำเป็น					
16.	<u>ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น</u> มีบุคคลรอบข้างมาขอคำปรึกษาในเรื่องต่างๆจากท่านเสมอ					
17.	ท่านเต็มใจให้ความช่วยเหลือ เมื่อมีคนมาขอความช่วยเหลือ					
18.	ท่านมีความสุขกับการช่วยเหลือบุคคลรอบข้าง					
19.	บุคคลรอบข้างทำให้ท่านรู้สึกว่าคุณไม่มียุทธประโยชน์ต่อผู้อื่น					
20.	ท่านรู้สึกว่าคุณไม่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้					
21.	ท่านรู้สึกว่าคุณขาดท่านแล้วงานบางอย่างไม่สามารถสำเร็จได้					

ข้อ	คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
22.	<u>ด้านการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า</u> ท่านได้รับการชื่นชมหรือให้กำลังใจเมื่อ กระทำในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม					
23.	ในการทำกิจกรรมต่างๆท่านมักได้รับ เลือกให้เป็นผู้นำเสนอ					
24.	ท่านรู้สึกเป็นคนสำคัญในกลุ่มที่ท่านอยู่					
25.	บุคคลรอบข้างให้อภัยท่านเสมอเมื่อ ท่านทำสิ่งที่ผิดพลาด					
26.	ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างไม่ให้ความ เคารพและดูแลคนท่าน					
27.	ท่านชอบทำอะไรเล็กๆน้อยๆเป็นพิเศษ เพื่อแสดงว่าท่านยังมีประโยชน์ต่อผู้อื่น					
28.	บุคคลรอบข้างไม่เคยเป็นกำลังใจให้ ท่านทำงานต่างๆจนประสบความสำเร็จเลย					
29.	บุคคลรอบข้างทำให้ท่านรู้สึกว่าท่านมี ความสำคัญในการดำเนินชีวิตในสังคม					
30.	<u>ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้าน</u> <u>ต่างๆ</u> เมื่อท่านไม่สบายใจบุคคลรอบข้างมัก ให้คำปรึกษาเสมอ					
31.	ท่านได้รับความช่วยเหลือด้าน การเงิน วัสดุสิ่งของ ในยามที่ท่านต้องการ					
32.	เมื่อท่านอารมณ์เสียจะมีบางคนที่ท่าน สามารถระบายอารมณ์ความรู้สึกของ ท่านได้					

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

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวธนิศา คุณวัฒน์
วันเดือนปีเกิด	22 ธันวาคม 2524
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	69/47 หมู่บ้านอรุณ 4 อำเภอบางใหญ่ นนทบุรี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2541	มัธยมศึกษา โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา
พ.ศ. 2545	ปริญญาตรี สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
พ.ศ. 2550	ปริญญาโท มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

