

155.67
๗๒๘๗๗
๘.๓

การลดความเข้มเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค
โดยใช้การสนับสนุนทางสังคม

10 ส.ค. 2539

ปริญญานิพนธ์
ของ
สมหมาย จันธี



เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ

กุมภาพันธ์ 2538

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

195786

การลดความเข็มเคঁร้ำของผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค
โดยใช้การสนับสนุนทางสังคม

บทคัดย่อ
ของ
สมหมาย จันเฒี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ
กุมภาพันธ์ 2538

การวิจัยครั้งนี้มีจุดประสงค์ที่จะทดลองลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ด้วยการให้การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงจำนวน 48 คน ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นจากประชากร 91 คนตามช่วงอายุ 60-69 ปี, 70-79 ปีและ 80 ปีขึ้นไป และแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน กลุ่มควบคุม 24 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ทำการทดลองกับกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม ด้วยการให้การสนับสนุนด้านร่างกาย, ด้านอารมณ์, ด้านข้อมูลข่าวสาร, ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองและด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวม 11 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 14 ชั่วโมงต่อคน ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง นำแบบสอบถามวัดความซึมเศร้า The CES-D Scale ของ Radloff, L.S. มาวัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังการทดลองมาหาค่าทางสถิติ โดยใช้ t-test และ analysis of variance ได้ผลการทดลองดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมมีผลในการลดความซึมเศร้าของกลุ่มทดลองได้แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกัน มีความซึมเศร้ามลดลงไม่แตกต่างกัน

DEPRESSION REDUCTION IN AGING WOMEN IN BANGKAE HOME FOR THE
AGED BY USING SOCIAL SUPPORT

AN ABSTRACT

BY

SOMMAI JANNEE

Present in Partial Fulfillment of Requirement of the
Master of Education Degree in Psychology of Development.

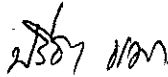
February 1995

This study was designed to investigate depression reduction of aging women in Bangkae Home for the Aged by using social support. The subjects consisted of 48 females, selected by stratified random sampling from 91 females in the age groups of 60-69, 70-79 and 80-93 years old. The subjects were randomly drawn from each age group and divided into experimental group and control group, consisting of 24 female aged in each group. The experimental group received individual and group treatment providing tangible, emotional support, information support, esteem support and network support. The treatment was carried out and completed in eleven sessions; fourteen hours were spent for each person. The Radloff's CES-D scale <The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale> was administered after the treatment. The statistics for testing research hypotheses included t-test and analysis of variance. The results were as follows:

1. There was a significant difference in depression reduction between experimental group and control group.
2. There was no significant difference in difference in depression reduction among the age groups of 60-69, 70-79 and 80-93 years old.

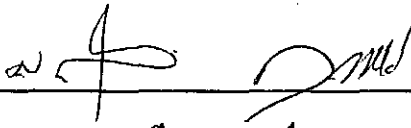
คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปฏิญานพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม



ประธาน

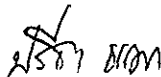
(ผศ. ดร. ปรีชา ธรรมา)



กรรมการ

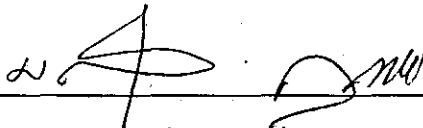
(ผศ. มยุรี กุลแพทย์)

คณะกรรมการสอบ



ประธาน

(ผศ. ดร. ปรีชา ธรรมา)



กรรมการ

(ผศ. มยุรี กุลแพทย์)



กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(ผศ. วิไลนา ศรีสัตยวาจา)

บัณฑิตวิทยาลัยได้รับปฏิญานพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



คณบดีบัณฑิตมหาวิทยาลัย

(ดร. ศิริยุภา พูลสุวรรณ)

วันที่ ๑1 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒538

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้ความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรีชา ธรรมา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ มยุรี กุลแพทย์ ที่ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของท่านอาจารย์เป็นอย่างสูง

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ดวงเดือน ศาสตราภักดิ์, ดร. นิยะดา จิตต์จรัสและ ดร. ชูชาติ สุริยะภาพล ที่กรุณาให้คำแนะนำ, ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องและให้ข้อคิดเห็นเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ทุกท่านที่ให้ความกรุณาและร่วมมือเป็นอย่างดี

ขอบพระคุณ ผู้ปกครอง, ผู้ช่วยผู้ปกครองและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี อีกทั้งขอบคุณผู้ที่มีส่วนร่วมที่ได้เอื้อนนาม

สมหมาย จันผิ

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	6
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	6
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	7
	นิยามศัพท์เฉพาะ	8
	นิยามปฏิบัติการ	8
	สมมุติฐานในการวิจัย	10
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
	แนวความคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	11
	ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ	14
	- ทฤษฎีทางสรีรวิทยา	15
	- ทฤษฎีทางชีววิทยา	17
	- ทฤษฎีทางจิตวิทยา	17
	- ทฤษฎีทางสังคมวิทยา	18
	การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ	23
	ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	32
	- ทฤษฎีความซึมเศร้า	34
	- สาเหตุของความซึมเศร้า	40
	- การแบ่งระดับความซึมเศร้า	44
	การสนับสนุนทางสังคม	49
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	55

3	วิธีดำเนินการวิจัย	59
	ประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	59
	เครื่องมือและการสร้างเครื่องมือ	60
	แบบวัดความซึมเศร้า The CES-Scale	60
	แผนการสร้างโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม	62
	แผนการสร้างคู่มือ "การปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุ"	63
	การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล	63
	โปรแกรมการให้การสนับสนุนทางสังคม	65
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์	72
4	การวิเคราะห์ข้อมูล	73
	ตารางแสดงค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนของคะแนนความแตกต่างของ	
	คะแนนความซึมเศร้าก่อน-หลังการทดลอง	74
	ตารางแสดงการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ t-test และ ANOVA	76
	กราฟแสดงผลการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	77
5	สรุปและอภิปรายผล	78
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	78
	สมมติฐานในการวิจัย	78
	กลุ่มตัวอย่าง	78
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	79
	การดำเนินการทดลอง	79

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล	80
สรุปผล	82
อภิปรายผล	82
ข้อเสนอแนะ	84
บรรณานุกรม	85
ภาคผนวก	95
ประวัติย่อของผู้วิจัย	128

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

ประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศได้ให้ความสนใจอย่างยิ่งกับจำนวนผู้สูงอายุที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้น จากรายงานขององค์การสหประชาชาติ ปี ค.ศ. 1970 ประเทศภาคพื้นยุโรป เช่น อเมริกาเหนือและสหภาพโซเวียต มีประชากรอายุ 60 ปี เพิ่มขึ้นไปถึง 154 ล้านคน (ร้อยละ 14.1 ของประชากรทั้งหมด) ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาแถบเอเชียตะวันออก (ยกเว้นญี่ปุ่น), เอเชียใต้, แอฟริกา และลาตินอเมริกา มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 137 ล้านคน (ร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งหมด) และคาดว่าจะในปี ค.ศ. 2000 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด และจากการประชุมขององค์การอนามัยโลก เรื่องผู้สูงอายุ ที่เมืองเจนีวา ในปี พ.ศ. 2532 ได้มีรายงานตัวเลขเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศที่พัฒนาแล้วว่า เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.2 ของประชากรโลกในปี พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 11.4 ในปี พ.ศ. 2528 และคาดว่าจะอีก 40 ปีข้างหน้าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.1 ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6 ของประชากรโลกในปี พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 6.3 ในปี พ.ศ. 2528 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.9 ในอีก 40 ปีข้างหน้า (สุรกุล เจนอมรม. 2535 : 23 - 26)

สำหรับประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น อันเป็นผลมาจากการดำเนินนโยบายลดอัตราการเพิ่มของประชากรในประเทศ ตั้งแต่ พ.ศ. 2513 เป็นต้นมา ประกอบกับเด็กที่เกิดมานอศัตมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น เพราะวิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ การสาธารณสุขและโภชนาการตลอดจนระบบการศึกษาที่กว้างขวางออกไป ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น รู้จักป้องกันโรคและ ส่งเสริมสุขภาพของตนเอง มีผลทำให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรโดยรวมสูงขึ้น (สุมาลย์ ทัมส์. 2531 : 94)

ผู้สูงอายุไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.9 ในปี พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 5.5 และร้อยละ 6.0 ในปี พ.ศ. 2523 และ พ.ศ.-2533 ตามลำดับ และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 7.6 ในปี พ.ศ. 2543 (สุรกุล เจนอบรม. 2535 : 23 - 26)

การเปลี่ยนแปลงประชากรในลักษณะที่มีประชากรวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้นนั้น เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น พร้อมกับการเปลี่ยนแปลงสังคม จากสภาพสังคมแบบดั้งเดิมไปสู่สังคมที่ทันสมัยขึ้น เช่นในปัจจุบัน (ศุภวัตร และ เนาวรัตน์ พลายน้อย. 2527 : 18)

/ การเปลี่ยนแปลงนี้มีผลกระทบต่อสถานภาพของผู้สูงอายุอย่างมาก /

ในอดีต สถานภาพของผู้สูงอายุไทยเป็นที่ยอมรับนับถืออย่างมาก ในฐานะ "เสาหลัก" ของครอบครัว ทั้งจากสมาชิกในครอบครัวและจากสังคม ผู้สูงอายุในสังคมแบบดั้งเดิมมีสถานภาพค่อนข้างสูง เปรียบเสมือนทรัพยากรที่มีค่าของสังคม เนื่องจากเป็นผู้ที่ได้สะสมประสบการณ์ที่มีค่ามาตลอดระยะเวลาอันยาวนาน นอกจากนี้ในสมัยก่อนครอบครัวไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย ผู้สูงอายุจึงเปรียบเสมือนศูนย์รวมทางจิตใจของคนทั้งบ้าน ได้รับการยกย่อง ให้อยู่ท่ามกลางบุตรหลาน มีความอบอุ่นใจ (ขวัญใจ เอ็มใจ. 2534 : 97)

แต่ในสภาพสังคมยุคปัจจุบัน ที่ภาวะเศรษฐกิจบีบคั้นมากขึ้น คนในครอบครัวจึงมุ่งในการทำงาน บางครอบครัวจึงไม่มีเวลาในการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ ประกอบกับค่านิยมที่คิดว่าผู้สูงอายุเป็นภาระในการพัฒนาด้านเศรษฐกิจของตน อีกทั้งครอบครัวสมัยใหม่ มีการเรียนรู้และวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างไปจากที่ผู้สูงอายุเคยรู้ เคยมี ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกัน ค่านิยมทางสังคมที่เปลี่ยนไปนี้ ทำให้ผู้สูงอายุขาดคนที่เข้าใจท่าน ไม่รักท่าน ไม่ให้เกียรติท่าน ไม่ดูแล ไม่เอาใจใส่ท่านเท่าที่ควร ผู้สูงอายุจึงรู้สึกไม่มั่นคง โดดเดี่ยว กลายเป็น "คนเฝ้าบ้าน" หรือกลายเป็น "ส่วนเกิน" ที่ไม่มีใครในครอบครัวต้องการ ท่านจึงมีชีวิตอยู่อย่างไร้คุณค่า ไร้ศักดิ์ศรีในตนเอง

จากที่กล่าวมา ทำให้พิจารณาได้ว่าสถาบันครอบครัวในปัจจุบันไม่สามารถกระทำบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุให้มีความสุขได้ จากการศึกษาของกลุ่มงานวิจัย กองวิชาการ กรมประชาสงเคราะห์ พบว่าแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องการเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์

คนชรา ของกรมประชาสงเคราะห์คือ การที่ผู้สูงอายุไม่พึงพอใจต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว
เกิดความไม่มั่นคงต่อความสัมพันธ์และความผูกพันในครอบครัว (กรมประชาสงเคราะห์.
2533 : 15)

ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรานั้น ส่วนมากมีความซึมเศร้า จากการศึกษา
ของชนาน หัสศิริ และคณะ (2525) ที่ศึกษาถึงความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่
พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีความซึมเศร้าถึง 78% ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ใน
เขตชนบทยากจน, อาเภอเมืองและข้าราชการบำนาญ มีความซึมเศร้าเพียง 8%, 10%, และ 2%
ตามลำดับ

ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรานั้น สืบเนื่องมาจากสาเหตุหลาย
ประการ นอกจากการสูญเสียสัมพันธภาพกับครอบครัว บุตรหลานดังที่กล่าวมาแล้ว ยังมีความ
เสื่อมของระบบประสาทสัมผัส ระบบกล้ามเนื้อ โครงกระดูก ระบบหลอดเลือดและอื่น ๆ
และยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจที่เป็นไปในทางลบ อันเนื่องมาจากการสูญเสีย
ทั้งการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก คู่ครอง สูญเสียบทบาททางสังคม การเป็นผู้นำ การขาดจาก
ตำแหน่งหน้าที่การงาน รายได้ลดลงทำให้สูญเสียความสามารถในการพึ่งตนเอง การสูญเสียเหล่านี้
ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นทางด้านจิตใจ ว่าไหว ท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ประกอบกับ
บุตรหลานทอดทิ้ง ไม่ต้องการเลี้ยงดู ผลักไสให้ไปอยู่กับคนอื่นที่ไม่คุ้นเคย เหล่านี้ล้วนมีผลทำให้
เกิดความซึมเศร้าตามมา (กมลสิน สาตรา. 2531 : 6)

ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้า ก่อให้เกิดปัญหาตามมาหลายประการ เช่นไม่สามารถอยู่
ร่วมกับบุคคลอื่นในสถานสงเคราะห์ได้ ผู้สูงอายุจะไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจตนเองและ
คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า บางครั้งอาจคิดฆ่าตัวตาย เพราะมองทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิตเป็นความ
ล้มเหลว (สมภพ เรื่องตระกูล. 2528 : 53) และจากรายงานการศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้า
กับการฆ่าตัวตาย พบว่า ประชากรที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ หรือพยายามฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ ๓๐
มีโรคซึมเศร้า (สรายุทธ วาลิกนันทน์. 2527 : 40)

ดังนั้น ปัญหาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา จึงเป็นปัญหาที่ควรได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างยิ่ง หากปล่อยไว้ แม้ผู้สูงอายุจะมีภาวะความซึมเศร้าเล็กน้อยก็ตาม ถ้าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าเป็นเวลานานและเพิ่มความรุนแรงขึ้น ผู้สูงอายุจะเป็นโรคจิต โรคประสาทซึมเศร้าได้ง่าย รักษาให้หายเป็นปกติยาก ทั้งยังเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะหาวิธีการเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในเรื่องนี้

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการให้ความช่วยเหลือในหลายด้านตามที่บุคคลนั้น ๆ ต้องการ มีทั้งหมด 5 ด้านใหญ่ ๆ คือ การสนับสนุนทางกาย, การสนับสนุนด้านอารมณ์, การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร, การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง, การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้ผู้รับการสนับสนุนเชื่อมั่นว่า มีบุคคลซึ่งให้ความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง ทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Cobb. 1976 : 300) การสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับการสนับสนุนไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ (Caplan. 1976 : 39 - 40)

ในต่างประเทศ มีการใช้การสนับสนุนทางสังคมในการลดความเครียด ความซึมเศร้า และช่วยด้านสุขภาพหลายงานวิจัย เช่น แคปแลน (Caplan. 1976) พบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นตัวช่วยลดความเครียด โสเวต และคนอื่น ๆ (Babara. 1991 ; citing Lovett and others. 1986) ศึกษาการใช้การสนับสนุนทางสังคม 6 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์, การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม, การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง, การสนับสนุนทางกาย, การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และการสนับสนุนตามความต้องการในแต่ละโอกาส พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้ามลดลง และเบอร์กแมนและไซม์ (Minkler. 1981 ; citing Berkman and Syme. n.d.) พบว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราการตายมากกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2 - 5 เท่า

สำหรับในประเทศไทย ส่วนมากนำการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านสุขภาพซึ่งได้ผลอย่างดี เช่น การวิจัยของบุษบา จิรกุลสมโชค (2529)

พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลดีต่อพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของเด็กวัย 10 - 12 ปี และการวิจัยของวัฏณะ คล้ายดี (2530) พบว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการสอนผู้ป่วย ร่วมกับการใช้การสนับสนุนทางสังคมจากญาติผู้ป่วย ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาล-อินทร์บุรี แต่ยังไม่มีการนำการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการลดความซึมเศร้า ในผู้สูงอายุโดยตรง มีเพียงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องคือ งานวิจัยของ จวีวรรณ แก้วพรหม (2530) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น และการศึกษาของ อัมพร ศิริวิสัย (2532) พบว่า การให้การสนับสนุนทางสังคมในแง่การให้สุขศึกษาจากเพื่อน ทำให้ผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าลดลง และมีสุขภาพดีขึ้นกว่าเดิม การให้สุขศึกษาจากเพื่อน จัดเป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้านคือ การสนับสนุนทางกาย, การสนับสนุนด้านอารมณ์, การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร, การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มาใช้กับผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้า โดยคาดว่าจะช่วยลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

วาร์ฮัท, รอปบินส์และแมค, จินนิส (Warhut, Robbins and Mc Ginnis. 1967) กล่าวว่าเพศหญิงมีอัตราความซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย เพราะเพศชายมักถูกคาดหวังจากสังคมว่าต้องเข้มแข็ง เพศชายที่แสดงความซึมเศร้าออกมา จึงถูกมองว่าเป็นคนอ่อนแอและล้มเหลว ดังนั้นเพศชายส่วนใหญ่มักมีแนวโน้มที่จะเก็บกดความซึมเศร้าไว้มาก และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความซึมเศร้าไปแสดงออกในทางอื่นเช่น ดื่มเหล้า และจากการศึกษาของ นีล (Neal. 1986 : 727 - 728) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเกี่ยวกับความซึมเศร้า พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีความซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ดังนั้นในทางคลินิกจึงมักพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีอัตราความซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ปาลมอร์ (Palmore. 1980) ที่ว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมและพฤติกรรม ในทางที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับ ฌาพาร์ ชัยวรรณ และ มาลินี วงศ์สิทธิ์. 2529 : 5) ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนใหญ่เป็นหม้าย, ขาดคู่คิด, การเปลี่ยนแปลงบทบาท

ทางสังคม, การสูญเสียอำนาจ เหล่านี้ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า, โดดเดี่ยว อันก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ดังนั้นในงานวิจัยนี้ จึงศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิง และในด้านช่วงอายุจากราว 60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป (2527 : 67) กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุมีได้มีกลุ่มเดียวและมีได้มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน แต่จะมีลักษณะแตกต่างกันตามกลุ่มอายุ

ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาโดยการทดลองว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความซึมเศร้า และมีช่วงอายุแตกต่างกัน ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 5 ด้าน จะมีความซึมเศร้าวลดลงหรือไม่ อย่างไร โดยจัดเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามช่วงอายุ

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้การสนับสนุนทางสังคม ต่อการลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิง กับผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความซึมเศร้าที่ดำเนินกิจกรรมตามปกติ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้การสนับสนุนทางสังคม ต่อการลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิง ที่มีช่วงอายุ 60 - 69 ปี, 70 - 79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบถึงผลของการให้การสนับสนุนทางสังคม ต่อการลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิง เปรียบเทียบกับผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความซึมเศร้าที่ดำเนินกิจกรรมตามปกติ

2. ทำให้ทราบถึงผลของการให้การสนับสนุนทางสังคม ต่อการลดความซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุเพศหญิง ที่มีช่วงอายุ 60 - 69 ปีเปรียบเทียบกับช่วงอายุ 70 - 79 ปีและ 80 ปีขึ้นไป ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

3. สามารถนำผลการศึกษาเป็นแนวทางในการวางนโยบาย, จัดกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร คือผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ประเภท สามีที่มีความซึมเศร้าจำนวน 91 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ประเภท สามีที่มีความซึมเศร้าจำนวน 48 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น ตามช่วงอายุ แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 24 คน กลุ่มควบคุม 24 คน

3. ตัวแปร

3.1 ตัวแปรอิสระคือ

3.1.1 การสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น

- การสนับสนุนทางกาย
- การสนับสนุนด้านอารมณ์
- การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
- การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง
- การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

3.1.2 ช่วงอายุ แบ่งเป็น

- อายุ 60 - 69 ปี
- อายุ 70 - 79 ปี
- อายุ 80 ปีขึ้นไป

3.2 ตัวแปรตาม คือ การลดความซึมเศร้า

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคที่เข้ารับการสงเคราะห์ประเภทสามัญ ซึ่งได้รับการอุปการะด้วยปัจจัยสี่ และไม่ต้องเสียค่าบริการใด ๆ เป็นผู้ที่แพทย์ลงความเห็นว่ามีอาการหลงลืม ไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง สามารถทำวิจัยได้
2. ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้า หมายถึง ผู้สูงอายุเพศหญิงที่ทาแบบสอบถามวัดความซึมเศร้า the CES - D Scale (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) ของแรดลอฟฟ์ (Radloff. 1977) ได้คะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย วราพงษ์สรและคนอื่น ๆ (2533 : 27 - 43) มีพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 48

นิยามปฏิบัติการ

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การให้ความช่วยเหลือในหลายด้าน ตามที่บุคคลนั้นต้องการ มีทั้งหมด 5 ด้านใหญ่ๆคือ

1. การสนับสนุนทางกาย ผู้วิจัยจัดสิ่งของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวันที่เป็นสำหรับผู้รับการสนับสนุน เช่น สบู่, ยาสีฟัน, แปรงสีฟัน, ชันน้ำและอาหารเสริม โดยผู้วิจัยนำไปมอบให้ผู้รับการสนับสนุนเป็นรายบุคคล จำนวน 24 คน

2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ ผู้วิจัยร่วมตัดบาตร กรวดน้ำ รับประทานอาหาร และออกกำลังกายกับผู้รับการสนับสนุน ในระหว่างนั้นผู้วิจัยดูแลความสะดวกสบาย ความปลอดภัย ของผู้รับการสนับสนุนเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 4 คน จำนวน 6 กลุ่ม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยแนะนำเกี่ยวกับโรคประจำตัวของผู้รับ การสนับสนุนเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 4 คน จำนวน 6 กลุ่ม ตามคู่มือ "การปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุ" สำหรับผู้รับการสนับสนุนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา ผู้วิจัยอาสาเป็นเพื่อนไปพบแพทย์ที่สถาน พยาบาลด้วยกัน

4. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยชักจูงให้ผู้รับการสนับสนุน ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และอาจมีรายได้จากฝีมือของผู้รับการสนับสนุนเอง โดยชักจูงให้ผู้รับการสนับสนุนทำงานหัตถกรรม หรือ เล่นดนตรีไทย โดยมีครูหัตถกรรมและครูดนตรีสอน ให้เป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 4 คน จำนวน 6 กลุ่ม

5. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผู้วิจัยและผู้รับการสนับสนุน ที่อยู่ ในตึกเดียวกัน ร่วมกันดูแลบริเวณรอบๆตึกที่ผู้รับการสนับสนุนพักอยู่ และทั้งหมดรวมทั้งผู้วิจัย รับประทานอาหารเช้าร่วมกัน โดยแบ่งหน้าที่ให้ผู้รับการสนับสนุนรับผิดชอบงานแตกต่างกันไป ผู้รับ การสนับสนุนมีปฏิสัมพันธ์กัน ทำงานและรับประทานอาหารเช้าร่วมกัน

การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ทำให้ผู้รับการสนับสนุนเชื่อมั่นว่า มีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง ทำให้ผู้รับการสนับสนุนรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เพื่อผลักดันให้ผู้รับการสนับสนุนไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้การสนับสนุนต้องการ ในที่นี้คือ ผู้สูงอายุที่มีความ ชีวเคมีมีความซึมเศร้าลดลง

การลดความซึมเศร้า หมายถึงการเปลี่ยนแปลงความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิง พิจารณาจาก ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง คือผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความซึมเศร้า ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 5 ด้านจากผู้ให้การสนับสนุนจำนวน 7 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้งตามชนิดของการสนับสนุนทาง สังคม ชนิดละ 2 ครั้ง โดยวันที่ 1 ของการทดลองเป็นการสนับสนุนทางกาย, วันที่ 2 ของการ

ทดลองเป็นการสนับสนุนทางกาย,และการสนับสนุนด้านอารมณ์,วันที่ 3 ของการทดลองเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร,วันที่ 4 ของการทดลองเป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองจำนวน,วันที่ 5 ของการทดลอง เป็นการการสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง,วันที่ 6,7 ของการทดลอง เป็นการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จำนวน 2 ครั้งติดกัน รวมให้การสนับสนุนทั้งหมด 7 ครั้งและรวมเวลาที่ใช้ในการทดลองจำนวน 14 ชั่วโมงต่อผู้รับการสนับสนุน 1 คน

กลุ่มควบคุม คือผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความซึมเศร้า สามารถเลือกทำกิจกรรมบางกิจกรรม,ทุกกิจกรรมหรือไม่ทำกิจกรรมมาคืนสถานสงเคราะห์ด้วยตนเอง เช่นการตัดบาตร, การออกกำลังกาย, การทำหัตถกรรม, การดูแลทำความสะอาดที่พักอาศัยและบริเวณรอบสถานสงเคราะห์ โดยไม่มี การชักชวนหรือดูแลความสะดวกสบายและความปลอดภัยจากผู้ให้การสนับสนุน

สมมติฐานการวิจัย

1. การสนับสนุนทางสังคมมีผลในการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความซึมเศร้า ที่ดำเนินกิจกรรมตามปกติ
2. การสนับสนุนทางสังคมมีผลในการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีช่วงอายุ 60 - 69 ปี ได้มากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีช่วงอายุ 70 - 79 ปีและ 80 ปีขึ้นไป ตามลำดับ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุตามช่วงอายุโดยใช้การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการศึกษา ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวความคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับชราศึกษา
3. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
4. ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
5. การสนับสนุนทางสังคม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวความคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

จากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุเมื่อปี พ.ศ. 2525 ได้กำหนดคำภาษาอังกฤษเรียกผู้สูงอายุว่า The Aging หรือ The Elderly แทนคำว่า The Aged (ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ กองวิชาการ. 2529 : 23)

สำหรับประเทศไทยคำว่า "ผู้สูงอายุ" ได้บัญญัติขึ้นครั้งแรกโดย พล.ต.ต. อรรถสิทธิ์ ลิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโสและผู้สูงอายุจากวงการต่างๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 แทนคำว่า "คนชรา" "คนแก่" "ผู้เฒ่า" ที่ใช้กันมาดั้งเดิม จนเป็นที่เข้าใจ ยอมรับ และใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน (สุรกุล เจนอบรม. 2532 : 16)

มีผู้ให้นิยามคำว่า "ผู้สูงอายุ" ไว้ดังนี้

นวลศิริ เปาโรหิตย์และคณะ ได้ให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุว่า เป็นบุคคลที่อยู่ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายซึ่งทุกคนต้องประสบกับปัญหานี้ เป็นผลต่อเนื่องจากอดีตของบุคคลนับตั้งแต่ วัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ ชีวิตวัยสูงอายุจะทำให้พบสถานการณ์ใหม่ๆ ปัญหา

าหม่ ๆ ที่ต้องปรับตัวผดแผกไปจากวัยานอดีต การปรับตัวตั้งกล่าว ขึ้นอยู่กับสาเหตุทางสิ่งแวดล้อมของบุคคลเป็นสำคัญ (นวลศิริ เปาโรหิตย์และคนอื่น ๆ . 2530 : 322)

ส่วนท่านพุทธทาสภิกขุ กล่าวว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีประสบการณ์ผ่านโลกมามาก ู้เห็นเข้าาจริยิตยาวนาน และมีลูกหลานที่จะสืบสกุล ทาหน้าที่บริหารกิจการแทน เพื่อตนเองจะได้เลื่อนขึ้นไปทาหน้าที่ที่สูงยิ่งขึ้น กล่าวคือ พัฒนาจิตาใจให้รู้จักปล่อยวางและพักผ่อนอย่างถูกต้อง โดยยังสามารถทาหน้าที่ที่แนะนำ ช่วยเหลือเป็นกำลังใจ ให้ความอบอุ่นร่มเย็น เป็นเมืองขวัญ ร่มโพธิ์ร่มไทรให้แก่ลูกหลานในบ้าน (พุทธทาสภิกขุ. 2532 : 1)

จรูญ ทองถาวร กล่าวว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายและาใจไปในทางถอยหลัง (จรูญ ทองถาวร. 2533)

วาร์เนอร์ กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตาใจที่ละน้อยอย่างสม่ำเสมอตามอายุที่เพิ่มขึ้น และมักถูกกีดกันออกจากสังคมเนื่องจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปและโรคภัยไข้เจ็บ (Warner. 1990 : 3 - 4)

อลิซาเบธ กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่อยู่วัยสุดท้ายของชีวิต เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากช่วงชีวิตก่อนๆ ซึ่งแต่ละคนจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เหมือนกัน มีความต้องการเพิ่มจากวัยต้นของชีวิต ทั้งด้านการแสดงออก, การได้รับความเอาใจใส่และการได้รับการดูแล (Hurlock. 1959 : 777)

คูแกลส กล่าวว่า ผู้สูงอายุ เป็นการแสดงถึงผลของความเหนื่อยล้าของอวัยวะต่าง ๆ ทาให้ประสิทธิภาพของเซลล์ต่าง ๆ ลดลง และสูญเสียไปในที่สุด (Kimmel. 1974 : 364)

เรย์มอนด์ กล่าวว่า ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปจากเดิม การเปลี่ยนแปลงจะเป็นรูปแบบที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลที่พิจารณาแล้วว่าต้องการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ทั้งด้านพฤติกรรม, อารมณ์และงานอดิเรก (Corsini. 1987 : 39)

จากคานิยามเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ที่กล่าวมาจะเห็นว่าแต่ละคนมองความสูงอายุแตกต่างกันไป สุชา จันทรเฒ และสุรางค์ จันทรเฒ กล่าวว่า ยากที่จะกำหนดลงไปว่าวัยสูงอายุจะเริ่ม

เมื่ออายุเท่าใด ขึ้นอยู่กับสถานการณ์หลายอย่าง เช่นภาระที่รับอยู่ ผมงอก ฯลฯ ซึ่งเป็นลักษณะของคนวัยสูงอายุ (สุชา จันทรเฒ และสุรางค์ จันทรเฒ. 2520 : 86)

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน จึงควรมีเกณฑ์ในการกำหนดว่าเมื่อใดจึงจะเรียกว่า ผู้สูงอายุ โดยเกษม และกุลยา ตันติผลาชีวะ ได้ตั้งเกณฑ์ไว้ 4 ข้อดังนี้

1. ความมีอายุในแง่การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงแรกสุด คือ สายตาจะยาวขึ้น การมองเห็นไม่สามารถแยกสีฟ้าและสีน้ำเงินได้ ผมงอก หูตึง ชี้นิ่ม เหนื่อยง่าย ถ้าเจ็บป่วยต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่าเดิม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ มิได้เกิดขึ้นพร้อมกันหรือเหมือนกันทุกคน การใช้การเปลี่ยนแปลงทางกายพิจารณาความมีอายุ ยังไม่เป็นข้อบ่งชี้ชัดเจน เพราะบางคนมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว

2. ความมีอายุในแง่สังคม

ความมีอายุทำให้ผู้สูงอายุมีสถานะทางสังคมกว้างขึ้น และมีความสำคัญในฐานะของผู้มีประสบการณ์ แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมของคนๆ นั้นด้วย แม้สังคมจะกว้างขึ้น ซึ่งหมายถึงมีคนรู้จักมาก เห็นโลกกว้างกว่า รู้ทิศทางสังคมมากกว่า แต่ด้านเนื้อหาของงาน การทำหน้าที่ และความรับผิดชอบจะลดลง เนื่องจากความจำกัดของร่างกายและความสามารถ

3. ความมีอายุในแง่จิตใจ

ผู้ที่ได้ชื่อว่าเป็นคนมีอายุ จะมีลักษณะใจน้อย ไม่ยอมรับ ยึดมั่นกับความคิดความรู้ของตนเองเป็นหลัก ไม่สู้จะยอมรับความรู้ใหม่ ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงใดๆ อารมณ์ไม่มั่นคง ขี้บ่น ลังๆ และถือตัว

4. ความมีอายุตามกฎหมาย

กฎหมายได้กำหนดความมีอายุตามปีปฏิทิน ซึ่งแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม และวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ (เกษม และกุลยา ตันติผลาชีวะ. 2529) เช่นมาเลเซีย, อาฟริกา กำหนดอายุ 55 ปี สวีเดน, เดนมาร์กกำหนดอายุ 70 ปี สหรัฐอเมริกากำหนดอายุ 65 ปี ตัวเลขอายุเหล่านี้ คือ เกณฑ์อายุปลดเกษียณของแต่ละประเทศนั่นเอง อันที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วย

ผู้สูงอายุ กำหนดให้ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ (ประสพ รัตนกร. 2526 : 28)

ซิลด์ และ มิงค์เลอร์ (Siold and Minkler. 1988 : 100) ได้แบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุไว้ 3 ช่วงอายุดังนี้

วัยสูงอายุตอนต้น คือผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า 75 ปีลงไป

วัยสูงอายุตอนกลาง คือผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 75-84 ปี

วัยสูงอายุตอนปลาย คือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป

การแบ่งช่วงอายุของไทยมีดังนี้ (เจียรศรี วิวิธสิริ. 2534 :25 - 26)

ช่วงอายุ 60 - 70 ปี เป็นวัยสูงอายุตอนต้น เป็นวัยที่พึ่งเกษียณอายุ มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเล็กน้อย สามารถทำสิ่งต่างๆได้เหมือนวัยกลางคน

ช่วงอายุ 70 - 80 ปี เป็นวัยสูงอายุตอนกลาง มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เห็นได้ชัดเจนขึ้น ความสามารถในการเรียนรู้และการรับสัมผัสลดลง

ช่วงอายุ 80 - 90 ปี เป็นวัยสูงอายุตอนปลาย เป็นวัยที่ร่างกายอยู่ในสภาวะที่เสื่อมโทรมลงกว่าเดิม ความสามารถในการเรียนรู้และการสัมผัสลดลงกว่าเดิมมากขึ้น

ช่วงอายุ 90 - 100 ปี เป็นวัยที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ หลงลืม ต้องมีคนดูแลตลอดเวลา

ช่วงอายุ 100 ปีขึ้นไป เป็นวัยสุดท้าย ไม่สามารถเคลื่อนย้ายไปไหน นอกเหนือความตาย

2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ (ให้โทษ)

วิทยาการว่าด้วยความชราของมนุษย์นั้นประกอบด้วยศาสตร์หลายสาขาวิชา ดังนั้นจึงมีทฤษฎีต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย ซึ่งสรุปเป็นกลุ่มใหญ่ๆได้ 4 กลุ่มดังนี้

1. ทฤษฎีทางสรีรวิทยา (Physiological Theory)
2. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory)

3. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory)

4. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory)

ทฤษฎีทางสรีรวิทยา

เคมเมล ได้สรุปหลักการสำคัญของทฤษฎีทางสรีรวิทยาของความสูงอายุไว้ในหนังสือชื่อ "Adulthood and Aging" โดยให้หลักการของความชราไว้ในทฤษฎีที่สำคัญ 5 ทฤษฎีดังนี้

1. ทฤษฎีการสึกหรอ (Wear and Tear Theory)

สิ่งที่เป็นธรรมชาติที่สุดสำหรับทฤษฎีเกี่ยวกับความชราก็คือ การที่อินทรีย์ค่อยๆ เสื่อมสลายไป เช่นเดียวกับเครื่องจักรที่ใช้งานนานๆ ย่อมสึกหรอลงได้ สำหรับร่างกายมนุษย์ เป็นผลมาจากการถูกทำลายไปทีละน้อย โดยเฉพาะอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญ ๆ ในการดำเนินชีวิต ของมนุษย์ ทฤษฎีนี้ได้รับความสนใจ การผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนแปลงอวัยวะทางการแพทย์เป็นการใช้ ชิ้นส่วนทดแทนส่วนที่สึกหรอแล้ว เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อสรุป ที่ชัดเจนว่า การทำงานหนักและความเคร่งเครียดทางอารมณ์จะมีผลทำให้อายุสั้นลง เพราะ การทำงานหนักและอารมณ์เครียด สามารถที่จะบรรเทาลงได้ ด้วยการใช้เวลาในการพักผ่อน ให้เพียงพอ

2. ทฤษฎีการขาดความสมดุลภายในตัว (Homeostatic Imbalance Theory)

มีแนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิภาพของกลไกในร่างกาย ที่จะช่วยรักษาสภาวะสมดุลทาง สรีรวิทยาของร่างกายมนุษย์ เช่นระดับความเป็นกรด, ค่า pH และระดับน้ำตาลในเส้นเลือด ซึ่ง เป็นส่วนสำคัญสำหรับการมีอายุยืนยาว ความสูงอายุเกิดจากความผิดปกติของกลไกการปรับสภาวะ สมดุลภายในของบุคคล การขาดความสมดุลภายในร่างกาย อาจเกิดขึ้นร่วมกับการเปลี่ยนแปลง

อันเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมอื่น ๆ ด้วย เช่น การสูญเสียคู่ครอง การเปลี่ยนที่อยู่ อาจทำให้เกิดการสูญเสียประสิทธิภาพของการปรับสภาวะสมดุลภายในร่างกายได้

3. การสะสมของเสียจากการเผาผลาญอาหารในร่างกาย (Accumulation of Metabolic Waste)

ความสูงอายุมีสาเหตุมาจากการที่เซลล์ถูกทำลาย และไม่สามารถทดแทนที่ได้ตามปกติ ของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญก็จะสะสมมากขึ้นเรื่อย ๆ การสะสมของเสียเป็นลักษณะหรืออาการ มากกว่าที่จะเป็นสาเหตุของความสูงอายุ อย่างไรก็ตามของเสียทั้งหมดจะสะสมเพิ่มมากขึ้นตามอายุของคนเรา และมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับความสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงตามอายุ ดังกล่าวทำให้ผิวหนังเหี่ยวแห้ง แผลหายช้า

4. ความคงทนต่อโรคภายในตัว (Autoimmunity)

ระบบการสร้างภูมิคุ้มกัน ของสิ่งมีชีวิตจะลดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ต่อเนื้อเยื่อของตนเองตามอายุ รวมทั้งการผลิตภูมิคุ้มกันจะลดลงตามวัย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อและเกี่ยวข้องกับโรคในวัยสูงอายุ โรคทั้งหลายมีความเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาของความคงทนภายในตัวบุคคล และอาจจะก่อให้เกิดการเสียชีวิตได้

นอกจากนี้ยังพบว่า ต่อมไทมัส ^{ในวัยหนุ่ม} ที่อยู่ในบริเวณใต้คอ และมีบทบาทอย่างสำคัญในกระบวนการสร้างภูมิคุ้มกันนั้น ต่อมนี้จะแคระและสลายไปตามวัย โดยเฉพาะภายหลังจากการที่มีภูมิต้านทานทางด้านเพศ อันเป็นการแสดงถึงความสัมพันธ์กับการเสื่อมถอยลงของการตอบสนองเพื่อป้องกันโรคภัยในวัยสูงอายุด้วย

5. การแก่ตัวของเซลล์ในร่างกาย (Cellular Aging)

วัยสูงอายุมีสาเหตุมาจากเซลล์ในร่างกายตายไปอย่างรวดเร็ว และไม่สามารถที่จะเกิดขึ้นมาทดแทนได้เหมือนในวัยหนุ่มสาว นอกจากนั้นการเกิดขึ้นใหม่ของเซลล์ก็จะลดน้อยลง

เรื่อย ๆ จนกระทั่งงานที่สุดไม่สามารถสร้างเสริมขึ้นมาทดแทนได้อีกต่อไป เพราะอายุมากขึ้น ทำให้กลไกของอินทรีย์ในการผลิตเซลล์มีข้อบกพร่อง (สุวัฒน์ วัฒนาพงศ์. 2533 : 61 ; อ้างอิงมาจาก Kimmel. 1980 : 328 - 333)

ทฤษฎีทางชีววิทยา

ทฤษฎีทางชีววิทยาของผู้สูงอายุให้ความสำคัญอย่างมากกับเรื่องราวของเซลล์ในร่างกาย เพราะสิ่งที่ก่อให้เกิดเป็นอินทรีย์คือ เซลล์ทั้งหลายซึ่งทำให้ร่างกายมีสมรรถภาพในการปฏิบัติหน้าที่ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและมีความเจริญงอกงาม ทำให้สุขภาพแข็งแรง เพราะเซลล์ได้ทำหน้าที่ของมันอย่างสมบูรณ์นั่นเอง ทฤษฎีทางชีววิทยาเกี่ยวกับความสูงอายุมุ่งเกี่ยวข้องกับระดับของเซลล์ที่สามารถอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอายุของมนุษย์ เกี่ยวกับภาระหน้าที่ของเซลล์ มีทฤษฎีทางชีววิทยา คือทฤษฎีว่าด้วยยีน (Genetic Theory) ซึ่ง Birren E. James อธิบายว่าลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุนั้นเป็นพันธุกรรม ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะโครงสร้างของอวัยวะบางส่วนของร่างกายที่คล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุคน และลักษณะนั้นๆ จะแสดงออกเมื่อมนุษย์มีอายุมากขึ้น หรืออาจจะแสดงออกกับบางบุคคล แม้ว่าจะไม่ถึงอายุช่วงวัยสูงอายุก็ตาม เช่น ผมหงอก ศีรษะล้าน เป็นต้น ในกลุ่มนี้ยังมีทฤษฎีชีวนาฬิกา (Biological Clock) ซึ่งกล่าวถึงสภาพการทำงานของอวัยวะของแต่ละบุคคลที่ถูกควบคุมด้วย "นาฬิกาชีวิต" ในนิวเคลียส และไฮโดรพลาสซึม โดยถูกกำหนดโปรแกรมไว้แล้วที่ไม่เหมือนกัน ทำให้คนแก่ช้าหรือเร็วไม่เท่ากัน (นิศา ชูโต. 2525 : 6 ; อ้างอิงมาจาก James. 1964 : 10)

ทฤษฎีทางจิตวิทยา

1. ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะเป็นสุขหรือทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคงอบอุ่น มีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น รักผู้อื่นและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุข

สุขสามารถอยู่กับลูกหลานหรือผู้อื่นได้โดยไม่ค่อยมีความเดือดร้อนใจ แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ร่วมมือกับใครไม่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้ใด จิตใจคับแคบ ถือว่าตัวใครตัวมัน มักรู้สึกว่าตัวเองทำคุณกับใครไม่ขึ้น มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีความสุข บั้นปลายชีวิตมักจะซึมเศร้า

อีริคสัน (Charles. 1990 : 461 ; citing Erikson. 1963)

ในช่วงวัยสูงอายุ เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความตาย บางคนที่มีความรู้สึกสิ้นหวังต่อการสูญเสียบทบาท ด้านการงาน, การเป็นผู้นำครอบครัว, การเงินและเพื่อน เนื่องจากในอดีตไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต ทั้งด้านการงานหรือการเป็นผู้นำครอบครัวหรือด้านการเงิน ^{ในหลายๆ} เพื่อนหรือทุกด้าน ทำให้ไม่มีความสุข และไม่กล้าเผชิญกับความตาย ส่วนผู้ที่มีความมั่นคงสมบูรณ์ในชีวิต เนื่องจากผู้สูงอายุ พึงพอใจ ภูมิใจในสิ่งต่างๆ ที่ได้กระทำไว้ในอดีตอย่างครบถ้วน สมบูรณ์ ผู้สูงอายุจะยอมรับต่อการสูญเสียด้านการงาน, การเป็นผู้นำครอบครัว, การเงินและเพื่อนได้ ผู้สูงอายุจะมีความมั่นคงทางอารมณ์สามารถเผชิญกับความตายโดยไม่กลัวหรือมีความกลัวเพียงเล็กน้อย

2. ทฤษฎีความปรารถนาเรื่อง (Intelligence Theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังปรารถนาเรื่องและคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ ก็ด้วยเป็นผู้ที่มีความสนใจเรื่องต่าง ๆ มีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้ จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และมีเงินใช้เป็นเครื่องเกื้อหนุนโดยไม่เดือดร้อน (บริบูรณ์ พรพิบูลย์. 2525 : 154 - 155)

ทฤษฎีทางสังคมวิทยา .

ทฤษฎีทางสังคมวิทยา ที่สำคัญมี 3 ทฤษฎีดังนี้

1. ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)

นักชีพรณวิทยา (Gerontologist) ทางสังคมยุคแรกคือ เบอร์เกสส์ (Burgess) ยุคต่อมาคือ แมดดอกซ์ (Maddox) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า เป็นการต่อเนื่องของการทำกิจกรรมจากช่วงชีวิตที่ผ่านมา ก่อให้เกิดผลดีและสร้างความพึงพอใจให้กับผู้สูงอายุ ความพึงพอใจเฉพาะคนเกิดจาก

การมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง บทบาทของผู้สูงอายุมักจะถูกล้มเลิกเปลี่ยน การไม่มีบทบาทในสังคม และครอบครัว ทำให้ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกเหงา ถูกทอดทิ้งและปรับตัวลำบาก

ทฤษฎีนี้จุดสำคัญอยู่ที่การปรับตัว ผู้สูงอายุมักจะพบกับ "การลดบทบาท" เช่น การสูญเสียงาน, ด้านรายได้, ด้านสุขภาพและครอบครัว บทบาทที่สูญเสียไปนี้สามารถทำให้หมดไปถ้ามีสิ่งทดแทน ผู้สูงอายุแต่ละคนสามารถใช้เวลารว่างให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ทฤษฎีนี้ตั้งอยู่บนความเชื่อ 3 ประการคือ

1.1 การมีส่วนร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ สืบเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีความสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมของตนเองและสามารถจะสร้างสถานการณ์ใหม่ขึ้นมา เป็นเครื่องทดแทนสิ่งที่สูญเสีย เช่น การสูญเสียผู้เป็นที่รัก การมีชีวิตอย่างโดดเดี่ยว ผู้สูงอายุจะพยายามหากิจกรรมอื่น ๆ มาทำเพื่อชดเชยสิ่งที่ขาดไปเหล่านั้น

1.2 การมีส่วนร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ สืบเนื่องมาจากความต้องการด้านจิตใจ และด้านการยอมรับของสังคมที่มีอยู่ในตัวมนุษย์ตลอดมา ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุขาดความต้องการในด้านหนึ่งด้านใด ก็จะไปหาสิ่งอื่นมาทดแทน

1.3 การมีส่วนร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ สืบเนื่องมาจากผู้สูงอายุเชื่อว่ากิจกรรมที่สามารถนำมาชดเชยกับการะหน้าที่ การงานที่ต้องหมดความรับผิดชอบลง การหมดสภาวะที่ต้องรับผิดชอบเสี่ยงอันตราย และอื่น ๆ เหตุนี้การที่ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ พบปะกับบุคคลอื่น จะทำให้สถานะทางสังคมประสบความสำเร็จ และได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น มีความรู้สึกที่ตัวเองมีคุณค่าในสังคมนั้น (Rice. 1986 : 72 - 73 ; citing Maddox. 1970)

2. ทฤษฎีการถอนตัว (Disengagement Theory)

ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีของนักชีพรวิทยาทางสังคม (Social Gerontologists) ชื่อ อีเลน คัมมิง และ วิลเลียม อี เฮนรี่ (Elaine Cumming and William E. Henry) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะถอนตัวออกจากสังคมและสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะถอนตัวออกจากกิจกรรม,

สังคมภายนอก, วิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับผู้อื่นน้อยลง, ให้ความสนใจกับการะหน้าที่, ครอบครัวและ
ตอบสนองต่อสังคมลดลง สิ่งเหล่านี้ล้วนขึ้นกับเวลา โอกาสในการทำกิจกรรมค่านิยมและความคิด
ของผู้สูงอายุเองเป็นสำคัญ

ในขณะที่ผู้สูงอายุถอนตัวออกจากสังคม สังคมเองก็มีส่วนส่งเสริมในการถอนตัวนั้น เช่น
การเกษียณอายุ หรือความต้องการที่จะให้ผู้สูงอายุถอนตัวจากการเป็นผู้นำครอบครัว หรือผู้นำ
ชุมชนและมีการแทนที่โดยผู้ที่อ่อนวัยกว่า (Rice. 1986 : 71 - 72 ; citing Cumming
and Henry. 1961)

บราวน์ (Brown. 1974) ได้สัมภาษณ์ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป จากข้อมูลที่รวบรวม
ได้แสดงว่ามีข้อป่งชี้ที่สำคัญ 3 ประการในการถอนตัวคือ

2.1 เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองโดยที่ผู้สูงอายุไม่ต้องการ

2.2 ไม่ได้เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุเลือก เมื่อมี 2 สิ่งให้เลือกระหว่างการไม่อยู่

ใกล้สังคม และการไม่อยู่ใกล้สิ่งที่ไม่พอใจ

2.3 ผู้สูงอายุมักจะสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล 2 - 3 คน ความสัมพันธ์นี้
จะสร้างความพึงพอใจ และความรู้สึกแน่นแฟ้นกับบุคคลอื่นมากกว่าการมีความสัมพันธ์กับคนกลุ่มใหญ่
(Rice. 1986 : 72 ; citing Brown. 1974)

มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีนี้ ได้แก่การศึกษาของ วิลเลียม และ เวอร์ทส์ พบว่า
การถอนตัวออกจากสังคมของผู้สูงอายุจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุบางคน ในอัตราที่แตกต่างกันและเกิดขึ้น
โดยมีพฤติกรรมแตกต่างกัน (Barrow and Smith. 1979 : 55 ; citing William
and Worth. 1965) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บอม และ บอม ที่พบว่า อัตราการถอนตัว
ออกจากสังคม จะผันแปรตามตัวแปรต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว เช่น ความเป็นหม้าย, สุขภาพทางกาย,
การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ตัวแปรเหล่านี้ทำให้เกิดความเครียดทางร่างกายและอารมณ์ ทำให้
ผู้สูงอายุปรับตัวด้วยการถอนตัวออกจากสังคม (Baum and Baum. 1980 : 19)

มีงานวิจัยที่ได้แย้งทฤษฎีนี้คือ การศึกษาของ พอลเมอร์ (Palmore. 1980) ที่ได้ศึกษา
ระยะยาวพบว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างไร มักจะมีกิจกรรมเช่นเดิม
โดยเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย

3. ทฤษฎีบุคลิกภาพและวิถีชีวิต (Personality and Life-Style Theory)

เหตุเพราะความแตกต่างระหว่างบุคคล มีผลต่อ การทำกิจกรรมและการถอนตัว
นักจิตวิทยาผู้สูงอายุจึงได้ตั้งทฤษฎีบุคลิกภาพขึ้น เพื่ออธิบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ บุคาเตน
(Neugarten., 1968) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี จะมีบุคลิกภาพ 4 แบบ
ดังตาราง 1

ตาราง 1 บุคลิกภาพและรูปแบบของผู้สูงอายุ

ชนิดของบุคลิกภาพ	กิจกรรมตามบทบาท	ความพึงพอใจในชีวิต
1. บุคลิกภาพแบบบูรณาการ		
- บุคลิกภาพใหม่ๆในบุคคล	มาก	สูง
- บุคลิกภาพที่แสดงออกถึง ความตั้งใจ มั่นใจ	ปานกลาง	สูง
- บุคลิกภาพแบบอิสระ	ต่ำ	สูง
2. บุคลิกภาพแบบป้องกันตัว		
- บุคลิกภาพแบบยึดมั่น ถือมั่น	มากหรือปานกลาง	สูง
- บุคลิกภาพแบบผินใจ	ต่ำหรือปานกลาง	สูงหรือปานกลาง

ตาราง 1 (ต่อ)

ชนิดของบุคลิกภาพ	กิจกรรมตามบทบาท	ความพึงพอใจในชีวิต
3. บุคลิกภาพแบบไม่ตื่นนอนต่อชีวิต - บุคลิกภาพแบบต้องการความช่วยเหลือ - บุคลิกภาพแบบเฉื่อยชา เชื่องซึม	มากหรือปานกลาง น้อย	สูงหรือปานกลาง ปานกลางหรือน้อย
4. บุคลิกภาพที่ไม่เป็นบูรณาการ - บุคลิกภาพยุ่งเหยิง	น้อย	ปานกลางหรือต่ำ

แหล่งที่มา : "Personality and Patterns of Aging" Middle Age and Aging,
 B.L. Neugarten. 1968 :173

บุคลิกภาพแบบบูรณาการ ประกอบด้วย บุคลิกภาพใหม่ ๆ ในบุคคล ซึ่งเป็นผู้ที่มีกิจกรรมใหม่ ๆ ทดแทนสิ่งที่ขาดหายไป และเปลี่ยนกิจกรรมไปได้อีกหลายอย่าง, บุคลิกภาพที่แสดงออกถึงความตั้งใจ มั่นใจ จะมีความพึงพอใจในตัวเองสูง จะเลือกกิจกรรมที่จะทำ และพึงพอใจในบทบาทหนึ่งหรือสอง บทบาทที่เลือกไว้, บุคลิกภาพแบบอิสระ มีความพึงพอใจในชีวิตสูง แต่มีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย

บุคลิกภาพแบบป้องกันตัว แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ บุคลิกภาพแบบยึดมั่น ถือมั่นและบุคลิกภาพแบบผินใจ กลุ่มบุคลิกภาพแบบยึดมั่น ถือมั่น จะพยายามรักษารูปแบบอันวิถกกลางคนไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ กลุ่มนี้จะประสบความสำเร็จจากความพยายาม และมีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีการทำกิจกรรมในระดับปานกลางหรือสูง กลุ่มนี้กล่าวว่า "จะทำงานจนไม่สามารถทำได้" หรือ

"จงรักษาสิ่งที่เคยกระทำมาให้นานที่สุด" กลุ่มบุคลิกภาพแบบผิวนาง จะมีการปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง จากเดิม มีการทำงานพอควร ให้ความพึงพอใจในตนเองสูงหรือปานกลาง

ในกลุ่มบุคลิกภาพแบบผิวนาง^{ในวัย} แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ บุคลิกภาพแบบต้องการความช่วยเหลือ และบุคลิกภาพแบบเฉื่อยชา เชื่องซึม กลุ่มบุคลิกภาพแบบต้องการความช่วยเหลือจะมีความต้องการการพึ่งพาส่งและมีความพึงพอใจในระดับปานกลางหรือต่ำ กลุ่มบุคลิกภาพแบบเฉื่อยชาเป็นกลุ่มที่มีข้อบกพร่องทางจิตอย่างเด่นชัด, สูญเสียการควบคุมทางอารมณ์ และ ขบวนการของการคิดเสื่อมลง

จากงานวิจัย บุคาเตน พบว่า ทั้งทฤษฎีกิจกรรมและทฤษฎีการถอนตัวไม่สามารถอธิบายได้ว่ามีอะไรเกิดขึ้นกับบุคคลเมื่อแก่ตัวลงเรื่อย ๆ บุคคลแต่ละคนไม่ได้รับสิ่งแวดล้อมที่เหมือนกัน แต่ละคนสามารถเลือกสิ่งที่เหมาะสมกับความต้องการของตน จุดสำคัญของทฤษฎีนี้อยู่ที่การอธิบายรูปแบบของผู้สูงอายุและทำนายปฏิสัมพันธ์ระหว่างบทบาททางสังคม กับความพึงพอใจในตนเอง (Neugarten and others. 1968 : 173 - 177)

3. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุมีสาระสำคัญที่สรุปได้ 3 ด้านคือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Physiological Change)
2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ (Psychological Change)
3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (Social Change)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

1. ผม เป็นสิ่งแรกของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดจากภายนอก จากสีเดิมเป็นสีขาว ผมมักแห้งและร่วงง่าย เนื่องมาจากเนื้อเยื่อหนังศีรษะที่ฝ่อลง การไหลเวียนของโลหิต

ทำให้เส้นผมได้อาหารไม่เพียงพอ และภาวะเครียด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเส้นผมได้ง่าย การเปลี่ยนสีผมเป็นข้อบ่งชี้หนึ่ง ที่จะบอกถึงความเสื่อมทางร่างกาย แต่จะต้องพิจารณาองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย

2. ผิวหนัง เมื่ออายุมากขึ้น เนื้อเยื่อต่าง ๆ จะขาดความตึงตัวเนื่องจากการลดจำนวนน้ำมันเซลล์ น้ำมันใต้ผิวหนังมีน้อย เสื่อมมาเลี้ยงบริเวณผิวหนังน้อยลง ทำให้ผิวหนังเริ่มแห้งหยาบ การลดจำนวนไขมันใต้ผิวหนังทำให้ผิวหนังหย่อนยาน ปรากฏรอยย่นชัดเจน ฉะนั้นคนวัยนี้จึงรู้สึกหนาวง่าย เพราะไขมันใต้ผิวหนังน้อยลง การตกกระของผิวหนังเป็นอีกสัญลักษณ์หนึ่งของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะบริเวณขาและแขน

3. กระดูก วัยสูงอายุเป็นวัยที่กระดูกเปราะง่าย ถ้าได้รับอันตรายเพียงเล็กน้อย จะทำให้กระดูกหักได้ ทั้งนี้เนื่องมาจากการสลายตัวของแคลเซียมออกจากกระดูกมากขึ้น และอีกสาเหตุหนึ่งคือการขาดวิตามินดี ทำให้กระดูกเปราะ หักง่าย เพราะผู้สูงอายุมักไม่ชอบแสงแดดจะอยู่ภายในบ้านและการกินอาหารไม่เพียงพอ เพราะมีปัญหาเรื่องการเคี้ยว โอกาสขาดวิตามินดีจึงมีสูง เมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป ฮอร์โมนของกระดูกสันหลังมักจะกร่อนและแบนลงมาก ทำให้หลังโก่งได้

4. เล็บ จะหนาแข็งและเปราะ เนื่องจากการไหลเวียนของโลหิตส่วนปลายน้อยลง จึงทำให้การจับตัวของแคลเซียมบริเวณเล็บลดลงด้วย

5. กล้ามเนื้อ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวลดน้อยลงไปเป็นลำดับ ทำให้กล้ามเนื้อลีบเล็กลง โดยปกติ กล้ามเนื้อของมนุษย์เราจะมีความแข็งแรงมากที่สุดในช่วงอายุระหว่าง 25 - 30 ปี ต่อจากนั้นจะมีการลดจำนวนเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลงไปเรื่อย ๆ ทำให้ความสามารถในการยืดหยุ่นโดยทั่วไปของส่วนต่างๆ ของร่างกายหย่อนสมรรถภาพไปด้วย นอกจากความยืดหยุ่นจะลดน้อยลงไปแล้ว ข้อต่อต่างๆ ก็จะทำให้เกิดความเจ็บปวด และอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการที่เรียกว่า เส้นยึด จนในที่สุดอาจจะทำให้เป็นอัมพาตได้

6. การได้ยิน จะเริ่มเสียเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป เนื่องมาจากการหย่อนสมรรถภาพของประสาทรับเสียงในหูชั้นใน เลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณหูไม่เพียงพอ เพราะเส้นเลือดของ

ผู้สูงอายุจะตีบเล็กน้อย ทำให้การไหลเวียนของโลหิตไม่เพียงพอ และการเพิ่มขึ้นของปริมาณแคลเซียมในกระดูก ทำให้การส่งกระแสประสาทของเสียไปยังอวัยวะรับการได้ยินซึ่งอยู่ในหูเสียไป อาการหูตึงในผู้สูงอายุจะพบมากเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป

7. การมองเห็น ลักษณะตาของผู้สูงอายุจะเล็กลง เพราะจำนวนไขมันรอบลูกตาน้อยลง กระจกตาจะตก เนื่องจากการยืดหยุ่นของหนังตาลดลง ตาลึก มีความเสื่อมโทรมของประสาทตามีความไวต่อแสงน้อย ทำให้มองเห็นภาพใกล้ไม่ชัด การยืดหดของเลนส์เสียไป การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีสายตายาว นอกจากนี้จะมีวงแหวนขาวที่ขอบตาดำ แต่ไม่มีอันตรายใดๆ และไม่มีผลต่อการเห็น

8. การลิ้มรส เป็นอาการอีกอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ การรู้สึกรสชาติของสิ่งต่างๆ จะลดน้อยลงพร้อมกับการมีอายุสูงขึ้น อาการอย่างนี้จะมีผลต่อการขาดความอยาก ความกระหายในรสชาติของอาหาร

9. การได้กลิ่น เช่นเดียวกับการลิ้มรส การได้กลิ่นนั้นจะเป็นสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะขาดความสามารถในการแยกแยะกลิ่นของสิ่งต่าง ๆ ซึ่งปัญหาที่จะตามมาคือ ผู้สูงอายุจะไม่ทราบถึงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองได้ เช่น เมื่อเกิดไฟไหม้ เพราะจะไม่ได้กลิ่นของควันไฟและอาจจะทำให้ขาดความสดชื่นในชีวิต เพราะจะไม่ได้กลิ่นความหอมของอาหารและดอกไม้เป็นต้น

10. การสัมผัส ประสาทสัมผัสของผู้สูงอายุจะหย่อนสมรรถภาพลง บางครั้งผู้สูงอายุจะไม่รู้สึก และไม่รับรู้ต่อสภาพความหนาวเย็น ความร้อนอบอ้าวของอากาศ ตลอดจนความเจ็บ

11. ระบบไหลเวียน อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับระบบไหลเวียน เช่น หัวใจจะมีขนาดเปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงของอายุ ขนาดหัวใจของผู้สูงอายุโดยปกติจะเล็กลงเป็นลำดับ อย่างไรก็ตามหากตรวจพบว่าหัวใจของผู้สูงอายุบางคนมีขนาดโตขึ้นนั้น ก็ควรจะสันนิษฐานได้ว่าได้มีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น ซึ่งอาจจะเนื่องมาจาก

- ปริมาณของไขมันในเนื้อเยื่อหัวใจเพิ่มมากขึ้น
- ลิ้นหัวใจเปลี่ยนสภาพไปโดยมีขนาดหนาและแข็งขึ้น

- พลังเซลล์ของเส้นเลือดหนา แข็งและขาดความยืดหยุ่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งเส้น

เลือดแดง

สิ่งต่างๆ เหล่านี้มีผลต่อการทำงานของระบบไหลเวียน โดยอาจจะ เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคความดันโลหิต ซึ่งเป็นโรคที่เกิดได้ง่ายที่สุดในผู้สูงอายุ

นอกจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับลักษณะรูปร่างหรือขนาดของอวัยวะในระบบไหลเวียน การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการทำงาน ก็จะเป็นสิ่งที่ติดตามมาด้วย เช่น การฟื้นตัวของผู้สูงอายุ เมื่อมีภาระงานอย่างเต็มที่ของหัวใจ ซึ่งจะต้องใช้เวลาพักนานกว่าวัยอื่นๆ และในระหว่างการออกกำลังกายนั้น อัตราการเต้นของหัวใจจะเร็วและอ่อน ผู้สูงอายุจึงมีโอกาas เป็นโรคหัวใจล้มเหลวได้ง่าย นอกจากนี้ ความสามารถในการสูบน้ำเลือดไปเลี้ยงร่างกายภายในเวลา 1 นาที ก็จะมีความสามารถลดน้อยลงในระดับที่เป็นอัตราส่วนกลับกันกับอายุ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้อวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจนที่มากับเลือดน้อยลง และจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตในที่สุด

โรคหัวใจ เป็นโรคที่เกิดขึ้นได้โดยสาเหตุของการไหลเวียนของโลหิต ดังที่กล่าวแล้วว่า พลังของหลอดเลือดของผู้สูงอายุนั้น จะแข็ง ขาดการหยุ่นตัว ซึ่งมีส่วนทำให้ระบบการไหลเวียนมีความผิดปกติ ซึ่งอาจจะมีส่วนทำให้เกิดอาการที่เรียกว่า "เลือดไหลไม่หยุด" หรือถ้ามีอาการคั่งของเลือดทำให้เลือดไม่สามารถไหลไปเลี้ยงร่างกายได้ หรือผู้สูงอายุบางคนที่มีไขมันอุดตันที่เส้นเลือด จะทำให้มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ อันเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจได้ง่ายเช่นกัน สาเหตุสำคัญของการเป็นโรคหัวใจในผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีคอเรสเตอรอลสูง การสูบบุหรี่ในจำนวนมากเกินไป การมีความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การขาดการออกกำลังกาย และการมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจมาก่อน

12. ระบบหายใจ การเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจของผู้สูงอายุนั้น อาจจะเนื่องมาจากสาเหตุบางประการเช่น อากาศเป็นพิษ การสูบบุหรี่ และอันตรายจากการอยู่ในบริเวณที่มีสิ่งแวดล้อมไม่ถูกสุขลักษณะ สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุทั้งสิ้น โรคต่างๆ

ที่เกี่ยวข้องกับระบบหายใจที่มักเกิดขึ้นได้แก่ วัณโรคในปอด. ซึ่งมีส่วนทำให้เกิดอาการของโรคอื่นๆ ตามมา

13. ระบบย่อยอาหาร

การเปลี่ยนแปลงภายในช่องปาก มีดังต่อไปนี้ คือ

- ความสามารถในการลิ้มรสอาหารและสิ่งต่างๆลดลง
- น้ำย่อยจากต่อมไค้ลีนจะมีปริมาณน้อยลง ทำให้ประสิทธิภาพในการย่อยอาหาร

ลดน้อยลงไปด้วย

- น้ำเมือกที่จะมาเกาะติดกับบริเวณลิ้นจะหนาขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพในการแยก
รสชาติต่างๆน้อยลง

- ภายในปาก น้ำลายจะมีสภาพความเป็นด่างมากขึ้น

- โครงสร้างที่ประกอบกันขึ้นเป็นลักษณะของปาก จะค่อยๆเปลี่ยนสภาพไปทำให้
รูปลักษณะของปากเปลี่ยนแปลงไปด้วย

การเปลี่ยนแปลงในหลอดอาหาร มีดังต่อไปนี้

- ความสามารถในการบีบและหดของหลอดอาหารจะลดน้อยลง
- เนื่องจากกล้ามเนื้อบริเวณหลอดอาหารมีประสิทธิภาพลดน้อยลง จึงทำให้ความ

ถี่ในการบีบเปิดของกล้ามเนื้อที่จะเป็นทางผ่านของอาหารนั้นน้อย และทำให้ช้าลง เป็นสาเหตุที่
ทำให้การรับประทานอาหารเป็นไปอย่างเชื่องช้าการเปลี่ยนแปลงในลำไส้ มีดังต่อไปนี้

- กล้ามเนื้อยึดหดในลำไส้หย่อนสมรรถภาพ ทำให้การย่อยอาหารเป็นไปอย่าง

เชื่องช้า

- กล้ามเนื้อท้องเกิดการสูญเสียความตึงตัว มีผลทำให้ระบบการย่อยอาหารเสื่อม
สมรรถภาพลงไปด้วย

- ความสามารถในการดูดซึมของผนังเซลล์ภายในลำไส้ลดน้อยลง

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังประสบปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวกับช่องปากดังต่อไปนี้ เช่น มีปัญหาเกี่ยวกับฟัน การหลั่งของน้ำลายที่ลดลง การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ โครงสร้างของฟันในปากผิดปกติ มีแผลที่ปาก เป็นต้น

14. ระบบทางเดินปัสสาวะ ขนาดของไตจะเล็กลงและอัตราการกรองของไตจะลดลงด้วย นอกจากนี้กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะจะอ่อนกำลังลง ขนาดก็เล็กลงด้วย เป็นผลให้มีการขับถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น ปัสสาวะมากขึ้น ในผู้ชายมักมีต่อมลูกหมากโต ทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบากและบ่อยครั้งขึ้น

15. ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมต่างๆ เช่น ต่อมใต้สมอง ต่อมไทรอยด์ ต่อมเพศ และตับอ่อน ฯลฯ จะทำงานลดลง เป็นผลให้มีการผลิตฮอร์โมนน้อยลงด้วย เช่น ตับอ่อนผลิตอินซูลินน้อยลงจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ผู้สูงอายุจึงเป็นเบาหวานได้มาก

16. ระบบประสาทและสมอง เซลล์ของประสาทและสมองจะลดลง ทั้งขนาดและน้ำหนัก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ตามมา เช่น ความรู้สึก, ความคิดช้าลง สติปัญญจะเสื่อมถอยลง ความจำเสื่อม จำเรื่องในอดีตได้มากกว่าเรื่องในปัจจุบัน ประสิทธิภาพการทำงานของสมองต่ำ นอกจากนี้ยังมีการตายและแพชของระบบเซลล์ประสาทเป็นอย่างมาก เป็นผลให้เส้นประสาทเสื่อมเสียความสามารถทางกิจกรรมและความรู้สึกได้ ฉะนั้น การสําลักอาหารจึงพบได้มากในผู้สูงอายุ

17. ความจำและการเรียนรู้^(ในบทเรียน) ความจำแบ่งเป็น 2 แบบด้วยกันคือ ความทรงจำระยะสั้น (short - term memory) และความทรงจำระยะยาว (long - term memory) สำหรับความทรงจำระยะสั้นนั้น หมายถึง การที่บุคคลสามารถระลึกถึงสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ ได้เป็นอย่างดี เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสดๆ ร้อนๆ ส่วนความทรงจำระยะยาวนั้น หมายถึง ความทรงจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาตั้งแต่ในอดีตที่ผ่านมา และยังทรงอยู่ในความทรงจำ ผู้สูงอายุจะมีระดับความทรงจำในแบบความทรงจำแตกต่างกันไปด้วย ผู้สูงอายุที่มีความทรงจำระยะสั้นไม่ดี แต่ในทางตรงกันข้าม ความทรงจำระยะยาวนั้น ผู้สูงอายุจะมีความทรงจำที่ดีเยี่ยม สามารถจำเรื่องราวและเหตุการณ์ต่างๆ ในอดีตที่ผ่านมาได้เป็นอย่างดี

18. ระบบสืบพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์ของผู้สูงอายุทั้งเพศชาย เพศหญิง นั้นมีหลายประการด้วยกัน เช่น ความสามารถในการร่วมเพศจะลดน้อยลง ผู้สูงอายุเพศหญิงจะหมดประจำเดือนในช่วงอายุระหว่าง 48 - 52 ปี ผนังเซลล์ของกล้ามเนื้ออวัยวะเพศจะคลาย ความตึงตัวและมีความยืดหยุ่นน้อยลง ขนาดของอวัยวะเพศทั้งเพศชาย เพศหญิงจะมีขนาดเล็กลงเป็นลำดับ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ

1. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทั้งนี้เพราะมีเพื่อนฝูง บุคคลอื่นที่เป็นญาติสนิทหรือ คู่ชีวิตตายจาก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

2. การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยที่ต้องออกจากงาน คือ ปลดเกษียณ ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง เนื่องจากหมดภาระติดต่อด้านธุรกิจการงาน หรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ ไร้คุณค่า ไร้ความหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม และขณะเดียวกันก็ทำให้ขาดรายได้ หรือรายได้ลดลง ผลจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3. การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากวัยนี้บุตรธิดามักจะมีครอบครัวกันแล้ว และโดยเฉพาะลักษณะของสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาททางด้านการศึกษา ดูแลและสั่งสอนลูกหลานจึงน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความว้าเหว่และรู้สึกว้าเหว่ตนเองไร้คุณค่า

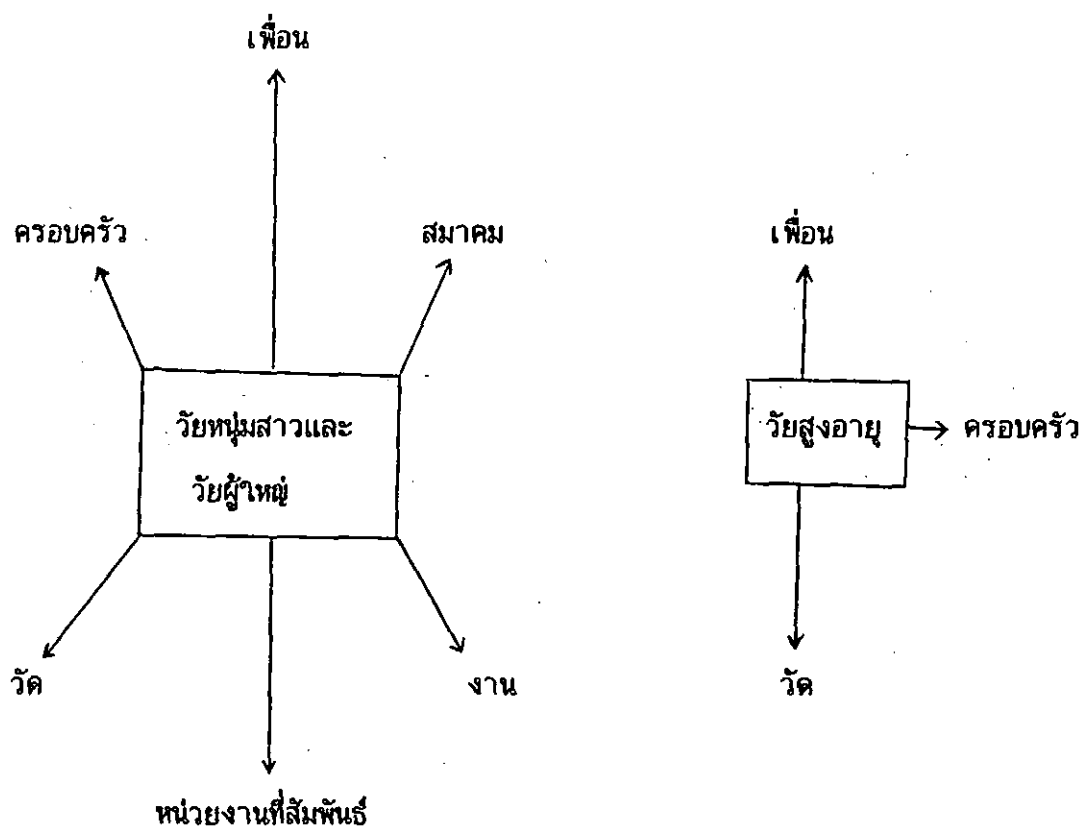
4. การสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกายทำให้เกิดการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ไม่สามารถ

สนองความต้องการทางเพศได้ การไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศในวัยสูงอายุ นอกจากจะมีสาเหตุจากการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศแล้ว เหตุผลทางวัฒนธรรมโดยเฉพาะเจตคติทางสังคมที่มีต่อเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุว่าเป็นเรื่องไม่เหมาะสม นับเป็นสิ่งที่ขัดขวางความต้องการทางเพศและมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุได้

การปรับตัวด้านอารมณ์และจิตใจของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกันไปตามความสามารถของแต่ละบุคคลและสิ่งแวดล้อม ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ รวมทั้งการเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นช่วงที่ได้รับการยกย่อง มีประโยชน์เป็นที่พึงของลูกหลาน หรือเป็นช่วงที่ได้รับการพักผ่อน ใช้ชีวิตอย่างสงบ ก็อาจจะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ดีและมีความสุขขึ้น (นิศา ชูโต. 2525 : 15)

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

เกษม และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528 : 5) กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการยอมรับจากสมาชิกอื่น ๆ ในกลุ่ม ครอบครัว และสังคม แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เกิดขึ้น ความสามารถในการร่วมกิจกรรมต่างๆ จะช้าลง ความสามารถในการแสวงหาเพื่อนใหม่ น้อยลง ประกอบกับผู้มีความอายุน้อยกว่าขาดความพึงพอใจที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงผูกพันกับเพื่อนเก่า หรือบางที่แยกตัวออกจากสังคม ซึ่งคล้ายคลึงกับ hostel (1981:48) ที่ได้เปรียบเทียบความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุกับวัยหนุ่มสาวไว้ว่า สังคมของผู้สูงอายุจะลดลงตามลำดับ และแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น ซึ่งเป็นไปโดยธรรมชาติของผู้สูงอายุ เนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกายและการลดบทบาททางสังคม ภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ทางสังคมของวัยรุ่นหนุ่มสาวกับวัยสูงอายุ

จากแผนภาพที่ 1 แสดงให้เห็นว่า สังคมผู้สูงอายุจะลดแคบลงเหลือเพียงครอบครัว เพื่อน และวัดเท่านั้น ซึ่งสัมพันธ์กับ นิศา ชูโต ที่ได้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุไว้ดังนี้คือ จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การที่กำลังถดถอย การปลดจากงานประจำ ทำให้ผู้สูงอายุหมดภาระกิจติดต่อด้านธุรกิจการงาน จำนวนเพื่อนลดลง มีผลทำให้สูญเสียสถานภาพทางสังคม โดยการลดบทบาทและการเกี่ยวข้องทางสังคม และกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม กิจกรรมต่างๆ ซ้ำลงไปตามจังหวะชีวิตของตน วงสังคมแคบลง และการเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นลดลง จะมีเฉพาะกิจกรรมที่ตัวเองเป็นศูนย์กลาง เช่น การเจ็บป่วย กิจกรรมต่าง ๆ

จะน้อยและช้าลงไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหวที่มากนัก กิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ และเป็นการกระทำโดยลำพังตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ มากกว่าจะทำเป็นกลุ่ม (นิศา ชูโต. 2525 : 15 - 16)

นวลศิริ เปาโรหิตย์และคนอื่น ๆ กล่าวว่า ชีวิตในสังคมผู้สูงอายุแทบเข้าทุกขณะ การติดต่อ ไม่ว่าจะเป็นระหว่างเพื่อนร่วมงานซึ่งลดลงไปตามอายุที่สูงขึ้น สาเหตุมีหลายประการ เช่น ภาวะหม้าย การเจ็บไข้ ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือแม้แต่กิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมได้ ปรากฏว่ามีอยู่น้อยมาก ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุประสบกับความรู้สึกว่าตนถูกแยกออกจากสังคม ยิ่งอายุมากเท่าใด มักมีส่วนร่วมในสังคมและสมาคมต่าง ๆ น้อยลงไปตามลำดับ สาเหตุสำคัญที่เป็นอุปสรรคของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม คือสุขภาพทางร่างกายและสาเหตุอื่น ๆ เป็นต้นว่าสภาพทางเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ผู้ที่เคยร่วมกิจกรรมในสังคมสมัยวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาว มักจะกระทำต่อเนื่องกันไปจนถึงวัยชราด้วย จึงอาจกล่าวได้ว่า กิจกรรมในวัยรุ่นจะช่วยสะท้อนให้ทราบแนวโน้มที่จะร่วมกิจกรรมในสังคมยามสูงอายุ (นวลศิริ เปาโรหิตย์ และคนอื่น ๆ . 2520 : 35)

4. ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ความหมายของความซึมเศร้า (Definition of Depression)

ความซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุ และความหมายของ"ความซึมเศร้า" มีต่าง ๆ กัน ผน แสงสิงแก้ว (2510 : 405 - 406) กล่าวว่า ความซึมเศร้า หมายถึงความหม่นหมอง เสียใจ ไม่มีความสุข ความเปล่าเปลี่ยว ความท้อถอยสิ้นหวัง มีพลังงานในการทำงานน้อยลง รวมทั้งการร้องไห้ด้วย

เพียงใจ สันธนาคร และคนอื่น ๆ . 2527 : 19) กล่าวถึงความซึมเศร้าว่าเป็นความรู้สึกไร้ประโยชน์ หดหู่ ไม่เหมาะสม และเศร้าหมอง ซึ่งอาจเป็นอาการของความผิดปกติได้หลายชนิดแต่ก็อาจเกิดขึ้นกับคนปกติได้เช่นกัน

"ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ" เป็นความรู้สึกท้อแท้ ไม่มีความสุข รู้สึกท้อถอย เบื่อหน่าย เป็นความเศร้าที่ยังไม่อาจเรียกว่าเป็นโรคประสาทหรือโรคจิตในผู้สูงอายุ แต่เป็นความเศร้าที่อาจจะดำเนินไปสู่ความเป็นโรคประสาทได้ ซึ่งชานัน หัสศิริ และคณะ (2525 : 55) ชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมักเกิดความซึมเศร้าได้เสมอ และการวินิจฉัยความซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นทำได้ยาก เนื่องจากแพทย์คิดว่าเป็นอาการปกติของผู้สูงอายุอยู่แล้ว จึงเน้นเพียงความเจ็บป่วยทางกาย เช่น การอ่อนกำลัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และคิดว่าเป็นการแสดงออกของความต้องการที่อยากให้ผู้อื่นดูแลเอาใจใส่

เบค (Beck. 1961) กล่าวถึงความซึมเศร้าว่า มีลักษณะสำคัญ 5 ประการคือ มีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ตีตนดูตนเอง มองตนเองในแง่ร้าย พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ และกิจกรรมทางกายลดน้อยลง ซึ่งความซึมเศร้ามีได้หลายระดับ อาจเริ่มตั้งแต่ความวิตกกังวลในระยะเริ่มแรก และรุนแรงขึ้นจนกระทั่งทำให้มีอาการเฉยเมย เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม ตัดตัวเองออกจากสังคม และไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

โคลแมน (Coleman. 1980) ^(แนวก)กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้าเป็นเรื่องราวทางจิตที่ธรรมดาที่สุด และความซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะสังเกตได้จากการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการนอนหลับ การเจริญอาหาร แรงขับ พฤติกรรมทางสังคมและการรับรู้ สุขภาพทางกายและความกระปรี้กระเปร่า สิ่งเหล่านี้เป็นแนวทางที่ทราบว่า ผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าอย่างเห็นได้ชัด

แนวความคิดเบื้องต้นของความซึมเศร้า

ลักษณะที่เรียกว่า "ความซึมเศร้า" หรือ "depression" นี้ได้รับความสนใจมานานแล้วตั้งแต่สมัยกรีกและโรมัน จึงมีแนวคิดและทฤษฎีในรูปแบบต่าง ๆ เกิดขึ้นเป็นจำนวนมากที่พยายามอธิบายถึงสาเหตุของความซึมเศร้า

เพื่อให้เข้าใจทฤษฎีความซึมเศร้าได้ดียิ่งขึ้น จะกล่าวถึงแนวความคิดเบื้องต้นของความซึมเศร้าเป็นลำดับแรก และทฤษฎีความซึมเศร้าในสมัยปัจจุบันจะกล่าวเป็นลำดับถัดไป

ลีวิส (Lewis. 1934 : 1) เรียกความซึมเศร้าว่า "เมลานโคเลีย" (Melancholia) และอธิบายว่า เป็นความเจ็บป่วยทางจิตอย่างหนึ่ง ซึ่งเกิดจากการมีความรู้สึกขมขื่นในจิตใจและอารมณ์ อาการสำคัญของโรคนี้คือ การมีความรู้สึกผิดและมีอารมณ์เศร้า

เจกสัน (Jackson. 1969 : 365) กล่าวว่า เมลานโคเลียเป็นลักษณะของกระบวนการสูงอายุ (Aging Process) และพบได้บ่อยมากในผู้สูงอายุ

แนวความคิดทางจิตวิเคราะห์ในเรื่องสาเหตุของความซึมเศร้า เกิดขึ้นครั้งแรกในหนังสือ ชื่อ The Anatomy of Melancholy ของเบอร์ตัน (Blazer. 1982 : 5 ; citing Burton. 1652) ซึ่งเขาเสนอว่า การขาดความรักจากบิดามารดาเป็นสาเหตุสำคัญ นอกจากนี้การสูญเสียสถานภาพและขาดกิจกรรมในผู้สูงอายุ อาจเป็นสาเหตุนำไปสู่ความซึมเศร้าได้

เครปาลิน (Blazer. 1982 : 8 ; citing Krepalin. 1968) ได้อธิบายว่า เมลานโคเลียเป็นความเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการสูงอายุ ซึ่งพัฒนามาจากความรู้สึกของความไม่เหมาะสม และพลังของความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ลดน้อยลง เขาสังเกตว่าในช่วงที่คนเรามีความซึมเศร้า จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ขึ้น และในปี ค.ศ. 1921 เขาได้แบ่งความซึมเศร้าเป็น 2 ลักษณะคือ ความซึมเศร้าที่มีสาเหตุมาจากพันธุกรรม และความซึมเศร้าที่เกิดจากความเครียดอันเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อม

วิลล์มูธ (Willmuth. 1979 : 495) ได้รับอิทธิพลจากเครปาลินอย่างมาก เขาเชื่อว่าความซึมเศร้าเป็นผลมาจากประสบการณ์ชีวิต และเป็นวิธีการในการปรับตัวของบุคคล เพื่อตอบสนองต่อความเครียดทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

ทฤษฎีความซึมเศร้า (Theories of Depression)

ทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของความซึมเศร้าปัจจุบัน สรุปได้เป็น 3 ทฤษฎีหลักคือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคม

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories of Depression)

ทฤษฎีนี้ส่วนใหญ่เป็นผลของการผสมผสานข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยด้านความเจ็บป่วยทางจิตในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา ซึ่งพอสรุปได้เป็น 3 ทฤษฎีต่อไปนี้

1.1 ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (Genetic Theory)

ข้อสรุปของทฤษฎีนี้ได้มาจากการศึกษาถึงสาเหตุของความซึมเศร้าในฝาแฝดและครอบครัว (Blazer, 1982 : 55 - 56) ซึ่งปรากฏว่า

- อัตราเสี่ยงต่อความซึมเศร้าในรุ่นลูก (First Generation) สูงเมื่อเทียบกับประชาชนทั่วไป
- อัตราเสี่ยงต่อความซึมเศร้าในฝาแฝดแท้ (Monozygotic Twin) สูงกว่าในฝาแฝดเทียม (Dizygotic Twin)

1.2 ทฤษฎีอินทรีย์เคมี (Biogenic Amine Theory)

ชิลด์ครอนท์ (Schildkront. 1965 : 509) ตั้ง "สมมติฐานแคทีโคลามีน" (Catecholamine hypothesis) กล่าวไว้ว่า ความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการลดระดับ ของสารจากพวกแคทีโคลามีน โดยเฉพาะนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ที่รีเซพเตอร์ไซต์ (Receptor site) ในสมอง ซึ่งสมมติฐานนี้สนับสนุนได้จาก

- ยาที่ทำให้สารแคทีโคลามีนหมดไปจากสมองเช่นเรเซอ์พีน (Reserpine) สามารถทำให้เกิดความซึมเศร้าได้ในมนุษย์ (Goodwin and. Bunny, 1973 : 19)
- ยาที่ใช้ในการรักษาความซึมเศร้า มีผลให้ระดับของสารแคทีโคลามีนในสมองเพิ่มขึ้น
- ยาที่ไปเพิ่มระดับของแคทีโคลามีนในสมองสามารถเพิ่มกิจกรรมและความตื่นตัวในสัตว์ทดลองได้

นอกจากนี้ยังพบว่า ความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการลดระดับของ ซีโรโทนิน (Serotonin) อเซทิลโคลีน (Acetylcholine) และโดปามีน (Dopamine) ในสมองด้วย (Finch, 1973 : 261)

1.3 ทฤษฎีของต่อมไร้ท่อ (Endocrine Theory)

เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึง ความสัมพันธ์ของระบบต่อมไร้ท่อและความซึมเศร้า โดยเชื่อว่า ฮอร์โมนมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดความซึมเศร้าในบุคคล

สซาร์ ฟิงเคิลสไตน์และเฮลแมน (Sachar, Finklstien and Hellman. 1971 : 263) พบว่าการหลั่งของ Growth Hormone ที่ไม่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า

ทฤษฎีนี้ให้ความสนใจอย่างมากเกี่ยวกับบทบาทของคอร์ติโซน (Cortisone) และฮอร์โมนกระตุ้นการทำงานของต่อมหมวกไต (ACTH) ซึ่งมีการค้นพบว่า การหลั่งของฮอร์โมนดังกล่าวจะมีปริมาณมากในผู้ที่มีความซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้ที่มีความซึมเศร้าอย่างรุนแรง มีความคิดฆ่าตัวตายและพลุ่งพล่าน

นอกจากนี้ยังพบว่า การลดปริมาณของฮอร์โมนเพศในผู้หญิงหลังวัยหมดประจำเดือน มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าในผู้หญิงด้วย

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Depression)

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความซึมเศร้าเป็นภาวะหมดหวัง ไร้ที่พึ่ง ไร้อำนาจ ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังการเจ็บป่วย ล้มเหลว หรือโดดเดี่ยว โดยที่ทฤษฎีนี้ให้ความสนใจองค์ประกอบภายในที่กระตุ้นให้เกิดความซึมเศร้าตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิตของบุคคลอันเป็นผลมาจากความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ตลอดจนความขัดแย้งต่างๆ ที่เป็นเหตุแห่งความไม่สมหวังในชีวิต

บิบริง (Blazer. 1982 : 72 ; citing Bibring. 1979)

ให้คำจำกัดความของความซึมเศร้าไว้ว่า เป็นผลมาจากความขัดแย้ง ภายในตัวของอีโก้ (Ego) เองซึ่งจะเกิดขึ้น

เมื่ออีโก้ ไม่สามารถไปถึงจุดหมายได้ ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่ตนเองมีคุณค่าลดน้อยลง อันเป็นอาการหลักของความซึมเศร้า

ฟรอยด์ (Blazer. 1982 : 75 ; citing Freud. 1956)

กล่าวว่า ความซึมเศร้าเป็นผลมาจากความสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักไป ไม่ว่าจะเป็นวัตถุหรือตัวบุคคลก็ตาม ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียนี้จะเกิดขึ้นได้ในช่วงของพัฒนาการและในทุกช่วงอายุ

สปิทซ์ (Spitz. 1946 : 313) กล่าวว่าถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความสูญเสียดังกล่าวนี้ว่า ในวัยเด็กเน้นที่การสูญเสียและการแยกจากพ่อแม่ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลและป้องกันเด็ก เขาสังเกตว่า เด็กจะแสดงออกในลักษณะของการโทษสิ่งแวดล้อม ส่วนในผู้ใหญ่จะตอบสนองต่อการสูญเสียด้วยการโทษตัวเองและสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้ ฟรอยด์ ได้อธิบายผลที่เกิดขึ้นจากการมีความซึมเศร้าอย่างรุนแรงว่าจะทำให้บุคคลนั้นกลายเป็นคนไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อม ไม่อยากร่วมกิจกรรมใด ๆ ในสังคมขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง รู้สึกว่ตนเองไร้ค่าและในที่สุดจะมีความรู้สึกว่ การมีชีวิตอยู่ต่อไป ไร้มีความหมาย และนำไปสู่การลงโทษตัวเองอย่างผิด ๆ

2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory)

ซีลิกแมน (Blazer. 1982 : 73 ; citing Seligman. 1978)

อธิบายว่ความซึมเศร้าเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่ผิดปกติ อันเป็นผลมาจากการที่บุคคลได้รับแรงเสริมในระดับต่ำ ซึ่งระดับของแรงเสริมตามแนวคิดนี้ประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 ประการ คือ จำนวนของแรงเสริมในสิ่งแวดล้อม จำนวนกิจกรรมหรือเหตุการณ์ซึ่งเป็นแรงเสริมที่มีศักยภาพสำหรับบุคคล และทักษะของบุคคลที่จะดึงเอาแรงเสริมนั้นออกมา

นอกจากนี้ เขายังอธิบายอีกว่ รูปแบบของพฤติกรรมความซึมเศร้านี้ เกิดจากการที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์บางอย่างซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมได้ เช่นการสูญเสียคน

ที่รักหรือหน้าที่การงาน ทำให้คนเราเกิดการเรียนรู้ว่า ตนเองขาดความสามารถที่จะไปเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ซึ่งประสบการณ์ของเหตุการณ์เหล่านี้ จะมีผลทำให้บุคคลขาดความสามารถในการเรียนรู้ที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์ใหม่ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 ทฤษฎีการรู้คิดและการรับรู้ (Cognitive Theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ความซึมเศร้าเกิดจากการมีแนวความคิดและการรับรู้ในทางลบเกี่ยวกับตนเอง โลกและอนาคต

เบค (Beck. 1967) กล่าวว่า แนวความคิดและทัศนคติเกี่ยวกับตนเองและสังคมนี้ จะพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก เขาชี้ให้เห็นว่า แนวความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ เช่น ความรู้สึกมีบั้นด้อย มีความรู้สึกไร้ค่า ไม่มีมั่นคง และจะตีความเรื่องต่าง ๆ ในลักษณะของความพ่ายแพ้ น่าละอายอยู่ตลอดเวลา เมื่อคนเหล่านี้ต้องเผชิญกับความเครียด เช่น ความเจ็บป่วย การปลดเกษียณ การขาดรายได้ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ซึ่งคนส่วนใหญ่อาจเพียงรู้สึกว่าเป็นความเจ็บปวดและคับข้องใจเท่านั้น แต่บุคคลเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะตีความสถานการณ์ดังกล่าวนี้ว่า เป็นความพ่ายแพ้ รู้สึกเกลียดตัวเอง รู้สึกผิดและไร้ค่า ซึ่งเป็นการตีความที่บิดเบือนจากความจริง ทำให้เกิดความซึมเศร้าได้ในวัยสูงอายุ

3. ทฤษฎีด้านสังคม (Social Theories)

แนวคิดของทฤษฎีนี้มีความคล้ายคลึงกันกับแนวคิดทางด้านจิตวิทยา แต่ทางด้านสังคมกล่าวถึงสาเหตุของความซึมเศร้าในวัยสูงอายุว่า เกิดจากการพัฒนาการไปตามวัย

ตามทฤษฎีสังคม บุคคลมีการพัฒนาการไปตามวัย ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุแตกต่างกันไปแต่ละช่วงชีวิต (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528 : 13 ; อ้างอิงมาจาก Havighust. 1981) เฮฟวิกเฮิร์สท์ ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีการพัฒนาการ 6 ลักษณะคือ

1. การต่อสู้กับภาวะความอ่อนแอของร่างกายและความเสื่อมของสุขภาพ
2. การปรับตัวให้เข้ากับภาวะการเกษียณอายุและการเปลี่ยนแปลงสถานะ

ด้านการเงิน

3. การปรับตัวต่อการตายของผู้สมรส
4. การเข้าร่วมกลุ่มบุคคลวัยเดียวกัน
5. การปรับตัวให้เข้ากับรูปแบบของสังคมใหม่ และความรับผิดชอบในฐานะพลเมือง
6. การดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจในระบบชีวิตปัจจุบันที่เป็นอยู่

นักจิตวิทยาเชื่อว่า "ผลสำเร็จของงานจะทำให้คนเรามีความสุขและนำไปสู่ความสำเร็จของงานพัฒนาการอื่นๆ ที่ตามมา แต่ถ้างานนั้นไม่บรรลุผลสำเร็จ จะทำให้บุคคลนั้นขาดความสุข สังคมไม่ยอมรับและมีผลทำให้ภาวะพัฒนาการอื่นๆ ที่ตามมาล้มเหลวไปด้วย" ผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีการปรับตัวเข้ากับงานแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะของบุคคลนั้น วุฒิภาวะ ค่านิยม และวัฒนธรรม

อีริคสัน (Blazer. 1982 : 10 ; citing Erikson. 1963) ระดับความสำเร็จในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จะเป็นผู้ที่สงบเยือกเย็น ยอมรับสภาพของตนเอง และยอมรับว่าในช่วงสุดท้ายของชีวิตจะต้องถึงซึ่งความเสื่อมในที่สุด แต่ถ้ามีความกลัวตายและสิ้นหวัง ไม่สามารถยอมรับความเป็นจริงในชีวิตได้ ก็จะทำให้เกิดความซึมเศร้าตามมา"

จะเห็นว่าทฤษฎีที่กล่าวมาข้างต้น พยายามศึกษาและวิจัยเพื่อจะอธิบายสาเหตุของความซึมเศร้าในบุคคล แต่ก็ยังไม่มีทฤษฎีหนึ่งทฤษฎีใดโดยเฉพาะที่สามารถบอกได้ว่าสาเหตุของความซึมเศร้าที่แท้จริงคืออะไร อาจกล่าวได้ว่า เรื่องของความซึมเศร้ายากที่จะทำการศึกษาเพราะมีความซับซ้อนพอสมควร ทั้งในด้านการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ความสมดุลของสารในร่างกาย ระบบต่อมไร้ท่อ สิ่งแวดล้อม ตลอดจนพื้นฐานพฤติกรรมของบุคคลในอดีต

สาเหตุของความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่า ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดขึ้นจากองค์ประกอบหลายประการ จึงได้มีการพยายามอธิบายถึง องค์ประกอบที่เป็นสาเหตุของความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไว้ว่า องค์ประกอบต่าง ๆ เหล่านี้จะมีความสัมพันธ์กันในลักษณะของเส้นใย (web) ที่มีความเกี่ยวโยง ซึ่งกันและกัน กล่าวคือ อาจมีเพียงองค์ประกอบเดียวที่นำไปสู่ความซึมเศร้าหรือหลายองค์ประกอบ ประกอบภาพที่ 2 (Blazer. 1982 : 13)

องค์ประกอบสำคัญที่เป็นสาเหตุของความซึมเศร้ามีดังนี้

1. การรับรู้ (Perception)

เบรเซอร์ (Blazer. 1982 : 68) กล่าวว่า การรับรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญในเรื่องความซึมเศร้า มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความซึมเศร้าจะมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมทางกายและทางสังคมได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ มีผลทำให้การรับรู้สิ่งใหม่เป็นไปได้อย่างน้อยเนื่องจากความสามารถและประสิทธิภาพของอวัยวะในการรับรู้ เช่น ตา หู จมูก กล้ามเนื้อเสื่อมสมรรถภาพลง ความสามารถในการจำสิ่งต่างๆ ลดลง ทำให้การทำความเข้าใจกับการสื่อสารเป็นไปได้ช้า และการแปลความหรือตีความที่มีโอกาสผิดพลาดได้ง่าย ผู้สูงอายุต้องอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมา เป็นเครื่องประกอบการตัดสินใจรับรู้ของตน ซึ่งบางครั้งก็ลำเอียงไปตามความเข้าใจของตนเอง ด้วยลักษณะดังกล่าวนี้ ผู้สูงอายุจึงมักมีความเห็นไม่ตรงกับผู้อ่อนวัยกว่า และอีกประการหนึ่งคือ ผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-image) ที่แตกต่างกันซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีต และพัฒนาการของชีวิตว่าประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด ทำให้การเปลี่ยนแปลงความคิดและอารมณ์เป็นไปได้อย่างยิ่ง ดูเสมือนว่าผู้สูงอายุยึดมั่นในความคิดและเหตุผลของตนเอง หรือหลงตนเอง (Narcissism)

เพนิเซล (Blazer. 1982 : 72 ; citing Fenichel. 1978) เป็นบุคคลแรกที่อธิบายถึงเรื่องของการหลงตนเองในการพัฒนาความซึมเศร้า และตามแนวความคิดของ ลาซารุสและ เวินเบิร์ก (Lazarus and Weinberg. 1980 : 427) ว่าสภาพของความหลงตนเองและถือตนเองเป็นใหญ่นี้ จะพบได้มากในวัยสูงอายุ ซึ่งจะได้เห็นได้จากการยึดมั่นในความเป็นเจ้าของสิ่งต่าง ๆ ความสนใจเกี่ยวกับตนเองมากเกินไป และรู้สึกว่าร่างกายมีความผิดปกติดูอยู่เสมอ

ฟรอยด์ (เกษม ตันติผลาชีวะ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528 : 19 ; อ้างอิงมาจาก Freud. 1980) กล่าวว่า การที่บุคคลยึดมั่นถือมั่นอยู่กับสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้น เนื่องจากมีความขัดแย้งในใจที่เกิดขึ้นระยะใดระยะหนึ่งของพัฒนาการตามวัยใน 5 ระยะ

ทั้งนี้เพราะสังคมเป็นสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์โดยตรงกับการดำเนินชีวิตของบุคคล ปฏิกริยาของสังคมจะมีอิทธิพลต่อการปรับตัวและปัญหาสุขภาพ ซึ่งสภาพความเครียดทางสังคมของผู้สูงอายุที่สำคัญมีดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคม ซึ่งเป็นในลักษณะของสังคมอุตสาหกรรมทำให้บุคคลในสังคมต่างแข่งขันกันมากขึ้น ต่างมองเห็นแต่ประโยชน์ตนเอง การพึ่งพาอาศัยกันลดลง ผู้สูงอายุไม่มีบทบาทสำคัญเหมือนในสังคมเกษตรกรรม การเรียนรู้ของคนรุ่นใหม่ ส่วนใหญ่สามารถหามาได้จากสังคมภายนอก ผู้สูงอายุจึงขาดความสำคัญไป การยอมรับนับถือลดลง ในที่สุดก็พบกับความโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่งทางใจ ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของสุขภาพจิต ผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคตจะต้องใช้การปรับตัวมากขึ้นกว่าสมัยก่อนมากตามลำดับ

3.2 ความคับข้องใจทางสังคม เช่น การเกษียณอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียบทบาททางสังคม การเป็นผู้นำ การขาดจากตำแหน่งหน้าที่การงาน รายได้ลดลง ต้องเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตใหม่และสูญเสียความสามารถในการพึ่งตนเอง ทั้งด้านความเป็นอยู่ ความคิดและการเลี้ยงดูตนเอง

3.3 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน จากบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่ม ไม่กล้าแสดงออก สมรรถภาพลดถอย ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยแต่เดิมลดลง เปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อน เกิดความเครียดได้สูง

ความเครียดดังกล่าวของสังคมนี้ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นคงทางจิตใจ รู้สึกว่าตนเองลดคุณค่าลง และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่ามากที่สุด ซึ่งเป็นศูนย์กลางของปัญหาทางจิตใจในเรื่องความซึมเศร้านั่นเอง

ดิงไมเยอร์ (Dinkmeyer. 1965 : 45) กล่าวว่า ผู้ที่รู้สึกว่าตนเองลดคุณค่าลงจะมีความรู้สึกดังนี้

- คิดว่าตนเองไม่ใช่คนสำคัญ
- ไม่ใช่เป็นบุคคลที่คนอื่นชื่นชอบหรือไม่เห็นเหตุผลที่คนอื่นมาชอบตน

แล้วไม่สามารถแก้ปัญหาได้ จึงถ่ายทอดความคับข้องใจไปเป็นการยึดความคิดของตนเป็นใหญ่ และมองตนเองในลักษณะที่ตนคิดว่าควรจะเป็น และเมื่อใดที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า เขาจะมีความซึมเศร้าและรู้สึกว่าชีวิตไร้ความหมาย

2. ความเสื่อมของสุขภาพร่างกาย (Decreased Physical Health Functioning)

เมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายก็จะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์ เนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อลดความแข็งแรง และขาดความไวในการตอบสนอง ความสามารถในการทำงานของระบบประสาทหย่อนสมรรถภาพ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นกับอวัยวะทุกระบบในร่างกายในอัตราและระยะเวลาที่แตกต่างกัน

การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายนี้ จะเป็นเหตุให้ความสามารถในการปรับตัวของร่างกายที่มีต่อความเครียดต่าง ๆ ลดลง ความสามารถในการใช้พลังงานเพื่อรักษาและคงสภาพร่างกายให้แข็งแรงเป็นไปได้ยาก ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคได้ง่าย และบางโรคต้องอาศัยเวลานานในการรักษา ซึ่งก่อให้เกิดการไร้สมรรถภาพและขาดความสามารถ ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาคนอื่น ขาดโอกาสในการร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น และขาดรายได้ด้วย

เชมิกา ยามะรัต (2527 : 25) กล่าวว่า สาเหตุที่ผู้สูงอายุรู้สึกเศร้าและว้าวุ่นประการหนึ่งคือเรื่องสุขภาพ และจากการวิจัยในสหรัฐอเมริกาแทบทุกรายงาน ปรากฏว่า "โรคภัยไข้เจ็บ เป็นสาเหตุสำคัญของความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ" โดยบุคคลที่มีสุขภาพดี จะมีความซึมเศร้าน้อยครั้งกว่าและหายได้เร็วกว่าผู้ที่มีความเจ็บป่วย

3. ความเครียดทางสังคม (Social Stresses)

ความสนใจในเรื่องความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิตในผู้สูงอายุ เริ่มเป็นที่แพร่หลายอย่างมากในระยะเวลา 15 ปีที่ผ่านมา จากการศึกษาพบว่า "ความเครียดทางสังคมที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมากกับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ"

- ไม่สามารถทำอะไรได้หลาย ๆ อย่างที่ต้องการจะทำ หรือทำตามแนวทางที่คิดว่าจะเป็น

- ไม่แน่ใจความคิดและความสามารถของตนเอง เห็นว่าความคิดเห็นของบุคคลอื่น และงานของคนอื่นดีกว่าของตน

- คิดว่าไม่มีใครสนใจตนเอง

- ไม่กล้าตักทินาใคร

- ไม่ชอบทำอะไรที่เกิดขึ้นใหม่ๆ

- ไม่สามารถที่จะบังคับตนเองเมื่อมีอะไรเกิดขึ้น และคาดหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะเลวร้ายลงไปอีกแทนที่จะดีขึ้น

การแบ่งระดับความซึมเศร้า

สวณีย์ ตันติพัฒนานันท์ (2526 : 124 - 125) กล่าวว่าสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้แบ่งระดับความซึมเศร้าออกได้เป็น 3 ระดับดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild Depression or Blue Moods)

เป็นภาวะที่บุคคลประสบความสูญเสีย ผิดหวัง ขาดคนเห็นใจ รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และมีผลกระทบต่อร่างกายร่วมด้วย คือ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย มีอารมณ์เศร้า สีหน้าไม่สบาย และเจ็บขมริม จะเกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง เมื่อสาเหตุที่ทำให้เกิดความเศร้าถูกขจัดไป บุคคลนั้นจะกลับฟื้นคืนสู่สภาวะปกติ ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยสามารถเข้าร่วมสังคมได้ตามปกติ

2. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate Depression or Neurotic Depression)

ภาวะซึมเศร้าระยะนี้จะรุนแรงจนถึงขั้นกระทบกระเทือนต่อชีวิต ครอบครัว และการทำงาน แต่อย่างไรก็ตามยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก

การร่วมสังคมในระยะแรกของผู้ที่มีความซึมเศร้าปานกลางนี้ จะเข้าสังคมอย่างเสียไม่ได้ ต่อจากนั้นเขาจะทิ้งสังคมที่ละน้อยหันมาสนใจตัวเองมากขึ้น พยายามมองหาคุณค่าของตัวเอง ไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง จากนั้นเขาจะเลิกเอาใจใส่ตนเอง ละทิ้งสังคม ไม่เข้าสังคม ไม่ต้องการคบเพื่อน

3. ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Severe Depression or Psychotic Depression)

เป็นภาวะที่บุคคลมีความเศร้าระดับลึกลงไป และเป็นอยู่เป็นเวลานาน จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด ไม่สามารถปฏิบัติภาระหน้าที่ของตนได้อย่างพอเพียง มักถอนตัวออกจากความเป็นจริง อาจมีอาการหลงผิด

การเข้าร่วมสังคม ภาวะซึมเศร้าระดับนี้ จะไม่มีการเข้าร่วมสังคมใด ๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว เกือบจะไม่มีการติดต่อกับบุคคลอื่น

นอกจากนั้น ทางกรมแพทย์ได้แบ่งระดับความซึมเศร้าออกเป็น 3 ประเภท โดยถือตามระดับความรุนแรง คือ (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2529 : 1)

1. โรคจิตซึมเศร้า (Psychotic Depression) เป็นภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง อาจเกิดจากการสูญเสียสิ่งสำคัญของชีวิต เช่น การตายจากของผู้ครอง ของบุตร การสูญเสียทรัพย์สินเงินทองมากมาย การเสียยศ ตำแหน่ง หน้าที่ และเกียรติศักดิ์ ที่ตนเองยึดถือว่ามี ความสำคัญต่อชีวิตอย่างมาก

2. โรคประสาทซึมเศร้า (Depressive Neurosis หรือ Reactive Depression) เป็นภาวะซึมเศร้าระดับรองลงมา เกิดจากความผิดหวัง ความสูญเสียต่าง ๆ หรือความไม่พอใจที่ไม่รุนแรงเท่าโรคจิตซึมเศร้า

3. ภาวะซึมเศร้าธรรมดาสามัญ (Ordinary Depression หรือ Cyclothymic Moodiness) ซึ่งภาวะซึมเศร้าประเภทนี้ ศาสตราจารย์ยาฮูาห์อูอิบายว่า เริ่มแสดงอาการบ่อยครั้งในบุคคลวัยกลางคนเรื่อยไป จนถึงวัยสูงอายุ

ลักษณะความซึมเศร้า

ลักษณะสำคัญของความซึมเศร้า ส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยทางกาย, สัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม ความไม่พอใจในสิ่งต่าง ๆ รอบตัว ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจจะไม่แสดงถึงความซึมเศร้าโดยตรง

วัตตส์ (Watts. 1957 : 1) สังเกตว่า ผู้ที่มีความซึมเศร้ามักจะแสดงออกมาทางร่างกาย ซึ่งแบรดเลย์ (Bradley 1963 : 141) รายงานว่า ผู้ที่มีความซึมเศร้า มักจะเกิดความเจ็บปวด ทั้งเฉพาะที่และทั่วไปของร่างกาย

อย่างไรก็ตาม ความซึมเศร้าไม่ว่าจะเป็นไปอย่างเปิดเผย ตรงไปตรงมาหรือเป็นความซึมเศร้าที่แอบแฝง (Masked Depression) ก็ตาม ย่อมมีผลกระทบต่อความเป็นไปทั้งทางกายและใจ ศรีเรือน แก้วกังวาล (2529 : 3) ได้ให้ข้อเสนอแนะถึงลักษณะการแสดงออกของความซึมเศร้า เพื่อใช้เป็นข้อสังเกตตนเองและบุคคลอื่นไว้ดังนี้

1. หงอยเหงา
2. รู้สึกอยากร้องไห้
3. นอนไม่หลับ (โดยเฉพาะในช่วงหลังของคืน)
4. น้ำหนักลด
5. อ่อนเพลีย
6. ท้องผูก
7. เมื่อยเนื้อเมื่อยตัว
8. เหนื่อย ไม่มีแรง (บางที่ตื่นขึ้นมาก็ไม่มีเรี่ยวแรง)
9. สับสน
10. รู้สึกว่าทรงเหวี่ยง ว้างเปล่า
11. ลังเลใจและผัดพรั้ง
12. หมดหวังในตนเองและผู้อื่น (ทั้งในอดีตและปัจจุบัน)
13. ทนอะไรไม่ค่อยได้

14. ไม่พอใจตนเองและสิ่งแวดล้อม

15. เห็นตนเองต่ำต้อยน้อยหน้า

16. อยากฆ่าตัวตาย

เบรคเลย์ (Bradley. 1963) แบ่งอาการของความซึมเศร้าออกเป็นกลุ่มอาการคือ กลุ่มอาการทางอารมณ์, กลุ่มอาการทางความคิดและการรับรู้, กลุ่มอาการทางร่างกายและกำลังใจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มอาการทางอารมณ์ (Emotional Symptoms) โดยทั่วไป อารมณ์ที่แสดงออก มักจะเป็นอารมณ์เศร้า (Deject Mood or Sadness).

ความพึงพอใจในชีวิตลดลง (Decreased Life Satisfaction) เป็นลักษณะที่พบมาก จากการศึกษพบว่า 90% ของผู้มีความซึมเศร้าจะมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง และมีอารมณ์อื่นร่วมด้วย ซึ่งพบได้ 25% เช่น อารมณ์หงุดหงิด ความวิตกกังวล การขาดปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางสังคม อารมณ์อยากร้องไห้และความรู้สึกในทางลบต่อตนเอง

นอกจากนั้น ความรู้สึกสิ้นหวัง ไร้ประโยชน์และไม่ได้รับความช่วยเหลืออาจพบได้ในผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้า

กลุ่มอาการทางความคิดและการรับรู้ (Cognitive Symptoms) กระบวนการทางความคิดของผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้า มักจะแสดงออกโดยมีแนวคิดที่เบี่ยงเบนจากความคิดของตนเองและสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ควรจะเป็น

ความรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลง (Low Self - Esteem) เป็นลักษณะของอาการซึ่งพบไม่บ่อยนักในผู้สูงอายุปกติ แต่พบได้ 81% ของผู้ที่มีความซึมเศร้าอย่างรุนแรง โดยมักแสดงออกมาในรูปของการมองโลกในแง่ร้าย หรือขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ

การย่ำคิดถึงปัญหาในปัจจุบันและอดีต ก็เป็นลักษณะแสดงออกของความซึมเศร้า ซึ่งมักมีความสัมพันธ์กับความคิดว่าตนเองไร้ประโยชน์ หรือความรู้สึกลงโทษ ซึ่งเป็นการตีความหมายที่ผิดในผู้สูงอายุ และพบว่าผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้ามักจะมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

กลุ่มอาการทางร่างกาย (Physical Symptoms) นักวิจัยพบว่าความสนใจในสุขภาพของตนเองนั้นพบได้บ่อยในผู้ที่ซึมเศร้าโดยพบ 65.7% ในชาย และ 62% ในหญิง ปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ระบบทางเดินอาหาร ปวดศีรษะ ปัสสาวะไม่ออก ผมห่นร่วง และความซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นถ้าสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นเช่นเป็นหม้าย และการเกษียณอายุ

ด้านการนอนหลับ ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้า จะนอนหลับได้น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความซึมเศร้าเช่นเดียวกับความสนใจในเรื่องเพศ ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้าจะมีความสนใจในเรื่องเพศน้อยลงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความซึมเศร้า

กลุ่มอาการด้านกำลังใจ (Volitional Symptoms) ผู้ที่ซึมเศร้าจะมีแรงจูงใจลดลง รวมทั้งลดความต้องการต่าง ๆ ลง ความรู้สึกไม่มีหวัง (Paralysis of Will) พบได้ 65% - 86% และในทางคลินิก ความรู้สึกผิดพบได้น้อย ส่วนความผิดปกติทางกายพบได้มาก โดยเฉพาะเรื่องการนอนไม่หลับ

นอกจากนั้น ฟาสเลอร์และกาวิริน (Fassler and Gavirin, 1978 : 47) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงจากกิจกรรมของสังคม

เลห์แมนน์ (Lehman, 1959 : 51) กล่าวว่า iva ความซึมเศร้าอาจวินิจฉัยได้โดยการสังเกต ลักษณะที่พบได้บ่อย คือ อารมณ์เศร้า, ความรู้สึกท้อแท้, ร้องไห้บ่อยและการแสดงออกในลักษณะที่ต้องพึ่งพาคนอื่น รู้สึกว่าตนไร้ประโยชน์และน้ำหนักลดลง

5. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

เป็นที่ยอมรับกันมานานแล้วว่า การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อพฤติกรรมสุขภาพของคนไปจนชั่วชีวิต ทั้งในแง่กายภาพและสุขภาพจิต ในแง่การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพจิต ได้มีผู้ให้ความสนใจและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายแนวคิด แต่ละแนวคิดได้กล่าวถึงความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

แคพเพลน (Caplan. 1976 : 39 - 42) ได้ให้คำจำกัดความการสนับสนุนทางสังคมว่าหมายถึงสิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรง จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

มาร์บิลิสุก (Mare Pilisuk. 1982 : 20) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่การช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงบุคคลที่รู้สึกว่าคุณเองได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลนั้นเชื่อมั่นว่า มีบุคคลซึ่งให้ความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง ทำให้รู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคมซึ่งมีการติดต่อซึ่งกันและกัน

บรูซ (Bruce. 1984 : 1246 - 1251) กล่าวว่า การศึกษาค้นคว้าถึงแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการประยุกต์ใช้ในสังคมที่มีบทบาทร่วมกัน เพื่อเปลี่ยนแปลงบทบาทของบุคคลนั้นเราไม่สามารถที่จะกำหนดหรือสร้างวิธีการของแรงสนับสนุนทางสังคม ให้ยึดหยุ่นเพียงพอกับการเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคล เพราะความต้องการของการสนับสนุนทางสังคมตามการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตของบุคคลแตกต่างกัน

ทอยส์ (Thoits. 1982 : 147 - 148) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายสังคม ได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม สิ่งของข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หรือความเครียดในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

เฮาส์ (Israel. 1985 : 66 ; citing House. 1980) ให้ความหมายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นพฤติกรรมการช่วยเหลือโดยตรง ต่อความจำเป็นของบุคคล เช่น การช่วยเหลือด้าน เงินทอง แรงงาน การเสียสละเวลาช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และการช่วยเหลือด้านการประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรมเป็นข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองและทำให้รู้จักเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น

กังสดาล สุทธิวิริยสรรค์ (2535 : 25) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์และสังคม จากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม

นั่นคือ ^{เป็นกลาง} การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคล หรือกลุ่มคน เป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ การสนับสนุนทางสังคมอาจมาจาก พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

เบค (Back. 1961 : 120 - 122) กล่าวถึงหลักการสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมว่าประกอบด้วย

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่า มีความเอาใจใส่ มีความรัก ..และความหวังได้อย่างจริงจัง
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้น เป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับมีความรู้สึกว่าตนเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม
3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้แบ่งไว้แตกต่างกันออกไปดังนี้

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300 - 313) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

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

2. การสนับสนุนทางด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้น

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Networks) เป็นการแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เฮาส์ (Israel. 1985 : 66 ; citing House. 1980) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่นการให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย

2. การสนับสนุนในการให้การประเมินค่า (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้อง ำให้การรับรอง (Affirmation)

3. การให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่นการให้คำแนะนำ (Suggestion) ำให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสาร (Information)

4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่นแรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

จาคอบสัน (Jacobson. 1986 : 252) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ชนิด

1. การให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึงพฤติกรรมที่ทำให้รู้สึกสบาย และเชื่อว่ามิบุคคลยกย่อง เคารพนับถือ รัก หรือพฤติกรรมอื่น ๆ ซึ่งแสดงถึงความเอาใจใส่ ห่วงใยและอาทร

2. การสนับสนุนทางด้านปัญญา ความรู้ (Cognitive Support) ข้อมูลข่าวสารคำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ และสามารถปรับตัวได้กับการเปลี่ยนแปลง

3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Materials Support) และบริการต่าง ๆ ที่จะช่วยแก้ปัญหามาบางอย่างได้

ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530 : 22) กล่าวว่าชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ครอบคลุมความจำเป็นพื้นฐานของบุคคล 3 ด้านดังนี้

1. ความจำเป็นพื้นฐานด้านอารมณ์

1.1 การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ หมายถึงการได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ มีความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

1.2 การตอบสนองความต้องการ ด้านการยอมรับ ยกย่อง และมีผู้เห็นคุณค่า ได้รับการหักทลายและความเคารพนับถือจากผู้อื่น การยอมรับต่อการแสดงออก การได้รับการให้อภัย และโอกาสในการปรับปรุงตนเอง

2. ความจำเป็นพื้นฐานด้านสังคม

การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การได้รับข้อมูล ข่าวสาร หรือคำแนะนำต่างๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

3. การตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานด้านร่างกาย

3.1 การช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำต่างๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

3.2 การช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของแรงงาน หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของเครื่องใช้ตลอดจนการช่วยเหลือต่างๆ

บาร์บารา (Barbara. 1990 : 321 - 322) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ชนิดดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการจัดการกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้สะดวกสบายและปลอดภัยในช่วงที่เกิดความเครียด ให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าได้ได้รับความใส่ใจ ความสนิทสนมและความรัก

2. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration หรือ Network Support) คือความรู้สึกของบุคคลว่าสมาชิกในกลุ่มให้ความสนใจและเป็นธุระให้ เป็นความสัมพันธ์ที่มากกว่ามิตรภาพ ซึ่งบุคคลจะแสดงออกมานิยามของการมีสังคมและทำกิจกรรมร่วมกัน

3. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง (Esteem Support) เป็นการสร้างเสริมความรู้สึกหรือมโนทัศน์แห่งตน โดยการให้การตอบสนองทางบวกเฉพาะราย ให้มีความชำนาญและความสามารถ หรือการแสดงความเชื่อว่าบุคคลล้วนมีความสามารถ แก้ปัญหาต่าง ๆ ได้, การยอมรับต่อการแสดงออก, การได้รับการให้อภัย, ให้โอกาสในการปรับปรุงตนเอง

4. การสนับสนุนทางกาย (Tangible) เป็นการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือช่วยลดปัญหาของบุคคล โดยการให้สิ่งจำเป็นต่างๆ เช่น การช่วยเหลือทางกาย, แรงงานและปัจจัยสี่

5. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่างๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้รับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยให้บุคคลนั้นเข้าใจสิ่งต่างๆ และปรับตัวกับปัญหาต่างๆ ได้

วิสส์ (Babara. 1990 : 321 - 322 ; citing Weiss. 1974) ได้กล่าวถึงชนิดที่ 6 ไว้ดังนี้

6. การสนับสนุนส่งเสริมพัฒนาการตามโอกาส (Opportunity for Nurturance) เป็นการเตรียมการ จัดหาให้ตามโอกาส โดยการใช้ความสัมพันธ์รายบุคคล Weiss เชื่อว่า

แต่ละคนต้องการความรู้สึกว่าพวกเขาเป็นที่ต้องการ การช่วยเหลือเฉพาะราย จะครอบคลุมปัญหาได้ทั้งหมด และมีประโยชน์ในแง่ความแตกต่างของแต่ละบุคคล

ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

เฮาส์ (Israel. 1985 : 66 ; citing House. 1980) แบ่งระดับของการให้การสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 ระดับคือ

1. Macrolevel คือการวิเคราะห์ระดับของการสนับสนุนทางสังคม โดยพิจารณาถึงการเข้าร่วม และการมีส่วนร่วมในสังคม โดยวัดจากลักษณะต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน
2. Mezzolevel คือการวิเคราะห์ระดับของการสนับสนุนทางสังคมที่เฉพาะเจาะจง ลงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีการติดต่ออยู่ เช่นกลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด เป็นต้น
3. Microlevel คือการวิเคราะห์ระดับของการสนับสนุนทางสังคม มาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่นสามี ภรรยา หรือคนรัก เป็นต้น

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม, ช่วงอายุและความซึมเศร้า ดังนี้
การสนับสนุนทางสังคมกับความซึมเศร้า

เบอร์แมน และซิม (Minkler. 1981 : 150 ; Berkman and Sylem. n.d.) ได้ศึกษาถึง ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ โดยศึกษากลุ่มตัวอย่าง ที่อาศัยอยู่ในเมืองอลามาดีดา รัฐแคลิฟอร์เนีย ในผู้ใหญ่จำนวน 7,000 คน นานถึง 9 ปี โดยเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับชีวิต ความเป็นอยู่โดยทั่วไป สุขภาพ พฤติกรรม และวัดถึง การสนับสนุนทางสังคม โดยถามถึงสถานภาพสมรส จำนวนผู้ที่มาติดต่อสัมพันธ์ด้วย ความถี่ ในการติดต่อ การเข้าร่วมทางศาสนา การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ และอื่น ๆ พบว่าผู้ที่มี

การสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราการตายมากกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2 - 5 เท่า และมีอัตราการป่วยมากกว่า ซึ่งทั้งนี้ไม่ขึ้นอยู่กับสภาวะทางสุขภาพแต่เดิม และปัจจัยต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรคที่มีมาแต่เดิม เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้าและอื่น ๆ ทั้งยังไม่ได้ขึ้นอยู่กับ การให้บริการทางสาธารณสุขอีกด้วย และพบว่าความสัมพันธ์นี้เกิดขึ้นในทุกเพศทุกวัยวัฒนธรรม และทุกระดับเศรษฐกิจ

อัมพร ศิริวิสัย (2532) ได้ทำการศึกษาการให้การสนับสนุนทางสังคม โดยการให้ สู้ศึกษากับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ที่มีความซึมเศร้าจำนวน 102 คน แบ่งกลุ่มทดลอง 51 กลุ่มควบคุม 51 คน โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ที่ผ่านการฝึกอบรมด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพร่างกายและจิตใจ ก่อนให้การสนับสนุนทางสังคมกับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 เดือนกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 102 คนทำแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังทดลอง 3 ด้าน ดังนี้

1. แบบสอบถามความซึมเศร้าของ วิลเลียม ดับบลิว เค ซุง (William W.K. Zung) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2528 : 23 - 24)
2. แบบวัดความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อบริการของสถานสงเคราะห์
3. ปัญหาสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ

จากการวิจัยพบว่า ภายหลังให้การสนับสนุนทางสังคมโดยการให้สู้ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้สูงอายุมีความซึมเศร้ามลดลง มีความพึงพอใจต่อบริการของสถานสงเคราะห์เพิ่มขึ้น และมีสุขภาพ ดีขึ้นกว่าเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

โลเวต และคนอื่น ๆ (Babara. 1990 ; citing Lovett and others. 1986) ทำการศึกษาการให้การสนับสนุนทางสังคม 6 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์, การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม, การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง, การสนับสนุนทางกาย, การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนส่งเสริมพัฒนาการตาม

ส่งเสริมพัฒนาการตามโอกาสพบว่าผู้สูงอายุมีการยอมรับสภาพ และมีความซึมเศร้าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

✓ แคปแลน (Caplan. 1976) ได้ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เป็นตัวที่ช่วยลดความเครียด ซึ่งมีผลต่อร่างกายและจิตใจ โดยจะทำให้บุคคลเพิ่มความอดทน ต่อปัญหาได้มากขึ้น จากการศึกษาถึง ผลของความเครียดกับการเกิดโรค ในกลุ่มคนงานที่ต้องทำงานพบกับความเครียดมาก พบว่าคนที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ เสี่ยงต่อการเป็นโรคมมากกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิวิวรรณ แก้วพรหม (2530) ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้ กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครจำนวน 122 คน ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นเอง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยส่วนรวม มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กอร์ (Minkler. 1981 : 51 ; citing Gore. 1977) ได้ศึกษาผู้ชายที่ว่างงานจำนวน 110 คน เป็นเวลานาน 2 ปี โดยศึกษา อาการซึมเศร้า และระดับของการสนับสนุนทางสังคมซึ่งวัดจากความรู้สึกร่วมของกลุ่มตัวอย่างนั้นเกี่ยวกับเรื่องคู่สมรส เพื่อน การเข้าร่วมทางสังคม พบว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะมีปัญหาด้านความซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่รู้สึกว่ตนเองมีการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จะเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความเครียดและความซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ จึงตั้งสมมติฐานได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลในการลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ช่วงอายุกับการสนับสนุนทางสังคม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมและช่วงอายุโดยตรงยังไม่มี มีเพียงงานวิจัยของอภิญา กังสนารักษ์ และ นัยพินิจ คชภักดี (2533 : 14 - 24) ที่ทำการศึกษาผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำนวน 66 คน ที่มีอายุระหว่าง 60 - 89 ปี แบ่งเป็น

กลุ่มอายุ 60 - 69 ปี, 70 - 79 ปี และ 80 - 89 ปี ทักษะการศึกษาด้านความสามารถในการเรียนรู้, ความจำระยะสั้นและความรู้สึกรู้สีกมีคุณค่าในตนเอง ในด้านความสามารถในการเรียนรู้ เป็นการวัด Verbal Learning ระหว่างคำที่ไม่มีความหมาย คู่กับภาพเดี่ยวที่คุ้นเคย 8 ภาพ ผลการวิจัยพบว่าระดับอายุที่แตกต่างกันจะทำให้ความสามารถในการเรียนรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุ 60 - 69 ปี มีความสามารถในการเรียนรู้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุ 70 - 79 ปี และ 80 - 89 ปีตามลำดับ และมีแนวโน้มของค่าเฉลี่ยเมื่อมีอายุมากขึ้นความสามารถในการเรียนรู้จะลดลง มาซาโร (Masaro, 1980) อธิบายว่าการที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีอัตราการตอบสนองต่อการกระตุ้นลดลง เป็นผลมาจากสุขภาพร่างกาย และเมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะมีสมาธิและช่วงความสนใจสั้นลง ความสนใจถูกรบกวนได้ง่าย

เพราะผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่ามีความสามารถในการเรียนรู้และมีการตอบสนองต่อการกระตุ้นมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ดังนั้นจึงตั้งสมมติฐานได้ว่าถ้าให้การสนับสนุนทางสังคมกับผู้สูงอายุ จึงมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุ 60-69 ปี จะมีการลดความซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุ 70-79 ปีและ 80 ปีขึ้นไป ตามลำดับ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ t-test และ Analysis of Variance ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดกลุ่มประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือและการสร้างเครื่องมือ
3. การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาได้แก่ผู้สูงอายุเพศหญิงที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ประเภทสามัญ ที่ทำแบบสอบวัดความซึมเศร้า The CES-D Scale ของ Radloff, L.S. ได้คะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป หลังทำแบบสอบวัดความซึมเศร้า ได้ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความซึมเศร้าทั้งหมด 91 คน ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนประชากรที่ใช้ในการทดลอง

ช่วงอายุ	60 - 69 ปี	70 - 79 ปี	80 ปีขึ้นไป
จำนวน	14	44	33

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาได้แก่ผู้สูงอายุเพศหญิงที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ประเภทสามัญ ที่ทำแบบสอบถามวัดความซึมเศร้า The CES-S Scale ของ Radloff, L.S. ได้คะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป จำนวน 48 คน ซึ่งได้จากการสุ่มประชากร แบบแบ่งชั้นตามช่วงอายุ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 24 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 24 คน แยกตามช่วงอายุ ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง

ช่วงอายุ	60 - 69 ปี	70 - 79 ปี	80 ปีขึ้นไป
กลุ่มทดลอง	4	11	9
กลุ่มควบคุม	4	11	9

2. เครื่องมือและการสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบสอบถามวัดความซึมเศร้า The CES-D Scale (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) ของ Radloff, L.S. ซึ่งแปลและตรวจสอบคุณลักษณะโดย ธวัชชัย วรพงษ์ธรและคณะ

2. แผนการให้การสนับสนุนทางสังคม/แบบวัดความซึมเศร้า The CES-D Scale (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)

เป็นแบบสอบถามวัดความซึมเศร้าที่ศูนย์การศึกษาทางระบาดวิทยา ของสถาบันสุขภาพจิต แห่งประเทศสหรัฐอเมริกาได้สร้างขึ้น ซึ่งมีค่า Reliability .85 ในกลุ่มประชากรทั่วไป

และ .90 ในกลุ่มผู้ป่วย ส่วนค่า Validity ได้วิเคราะห์ความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ กับแบบ สอบวัดความซึมเศร้า ของ Hamilton Clinical Ration Scale และของ Raskin Scale โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.69 ถึง 0.75 พบว่า ค่าถามทั้ง 20 ข้อ สามารถวัดคุณลักษณะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความซึมเศร้าได้ตามโครงสร้างที่กำหนดไว้ แบบสอบ วัดนี้ทั้งหมด 20 ข้อ

แบบสอบวัดความซึมเศร้า The CES-D Scale ได้นำมาตรวจสอบคุณลักษณะ โดย ธวัชชัย วรพงศธรและคณะ (2533 : 27 - 43) ได้ค่า Reliability .86 ซึ่งใกล้เคียง กับต้นฉบับ ส่วนค่า Validity ในการจำแนก The CES-D Scale มีคุณลักษณะความตรง ในการจำแนก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .0005$ และคุณลักษณะความตรงตามโครง สร้าง ได้มีการศึกษาโดยการวิเคราะห์แบบสอบวัดความซึมเศร้า The CES-D Scale ฉบับ ภาษาไทย โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ และการหมุนแกน พบว่าองค์ประกอบ 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านความรู้สึกลงทางเศร้า และองค์ประกอบด้านความรู้สึกลง ทางสดชื่น มีข้อความสอดคล้องกับต้นฉบับทั้งหมด ส่วน 2 องค์ประกอบที่เหลือคือ องค์ประกอบ ด้านความเชื่องช้า และหงอยเหงา และองค์ประกอบด้านความสัมพันธ์กับบุคคล มีความแตกต่าง จากต้นฉบับเพียงเล็กน้อย

การจำแนกผู้ที่มีอาการซึมเศร้าใช้คะแนนของแบบสอบวัด ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป ซึ่งหลักเกณฑ์นี้ได้ยึดเกณฑ์จากต้นฉบับของ Radloff และจากรายงานการวิจัยหลายเรื่อง พบว่า การใช้เกณฑ์ตัดสินของคะแนน The CES-D ตั้งแต่ 16 คะแนน ขึ้นไปเป็นเกณฑ์ที่เหมาะสมที่สุด ในการแบ่งแยกผู้ที่มีความซึมเศร้า และผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า (Boyd and other. 1982 ; Eaton, 1981)

แบบสอบวัดความซึมเศร้าฉบับภาษาไทย แสดงในภาคผนวกหน้า ๙๖ เป็นแบบสอบ วัดจำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 4 ตัวเลือกดังนี้

1. ไม่เลย หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นน้อยกว่า 1 วัน ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

2. นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 1 - 2 วัน ใน 1 สัปดาห์ที่

ผ่านมา

3. ค่อนข้างบ่อย หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 3 - 4 วัน ใน 1 สัปดาห์ที่

ผ่านมา

4. บ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 5 - 7 วัน ใน 1 สัปดาห์ที่

ผ่านมา

ข้อความที่แสดงอารมณ์ ความรู้สึก หรือพฤติกรรมทางด้านบวกมี 4 ข้อ คือ ข้อ

4, 8, 12, และ 16 มีข้อเลือกและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1. ไม่เลย | ได้ -4 คะแนน |
| 2. นาน ๆ ครั้ง | ได้ -3 คะแนน |
| 3. ค่อนข้างบ่อย | ได้ -2 คะแนน |
| 4. บ่อยครั้ง | ได้ -1 คะแนน |

ข้อความที่แสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก หรือพฤติกรรมทางด้านลบมี 16 ข้อ คือ

ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19 และ 20 มีข้อเลือกและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- | | |
|-----------------|-------------|
| 1. ไม่เลย | ได้ 4 คะแนน |
| 2. นาน ๆ ครั้ง | ได้ 3 คะแนน |
| 3. ค่อนข้างบ่อย | ได้ 2 คะแนน |
| 4. บ่อยครั้ง | ได้ 1 คะแนน |

แผนการสร้างโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

1. สร้างวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม
2. สืบหาและสอบถามความเป็นไปได้จากผู้ปกครอง สถานสงเคราะห์คนชรา

บ้านบางแค

3. รวบรวมเนื้อหาของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ให้ตรงกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ พร้อมทั้งจัดวิธีการให้การสนับสนุนทางสังคมและอุปกรณ์ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์
4. นำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เสนออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์และปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบเนื้อหา, วิธีการพร้อมทั้งความเป็นไปได้ และนำมาปรับปรุงแก้ไข
5. นำโปรแกรมการสนับสนุนที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีความเข้มเขี้ยว และไม่ใช้กลุ่มทดลอง จำนวน 2 คน
6. ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอีกครั้ง ก่อนนำไปทดลองกับกลุ่มทดลอง

แผนการสร้างคู่มือ "การปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุ"

1. สร้างวัตถุประสงค์ของคู่มือ "การปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุ"
2. ศึกษาถึงปัญหาสุขภาพจิตและสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่พบเป็นประจำ
3. กำหนดเนื้อหา ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของคู่มือ "การปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุ"
4. นำเสนออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ และผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเนื้อหาให้คำแนะนำนำมาปรับปรุงแก้ไข

3. การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สํารวจจำนวน ผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ประเภทสามัญ ที่แพทย์ลงความเห็นว่ามีอาการหลงลืม ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรง สามารถทำวิจัยได้ ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 131 คน
2. นำผู้สูงอายุเพศหญิง ทั้ง 131 คน มาทำแบบสอบถามวัดความซึมเศร้า The CES-D Scale ฉบับภาษาไทย ผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้า ถือเป็นประชากร มีจำนวน 91 คนแยกตามช่วงอายุ ดังตาราง 2 (หน้า 59)
3. ทำการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามช่วงอายุ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน กลุ่มควบคุม 24 คน แยกตามช่วงอายุ ดังตาราง 3 (หน้า 60)

4. ทำการทดลองโดย กลุ่มทดลองมีทั้งหมด 24 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ทำการทดลองครั้งละ 1 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มดำเนินการดังนี้

วันที่ 1 ของการทดลอง ผู้วิจัยให้การสนับสนุนทางกายทั้ง 8 คน เป็นรายบุคคล โดยเชิญผู้รับการสนับสนุนมาพบผู้วิจัยที่บริเวณห้องรับแขก ในอาคารที่ผู้รับการสนับสนุนพักอยู่ ทีละ 1 คน

วันที่ 2 ของการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลอง 8 คนเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม กลุ่มละ 4 คน ผู้วิจัยให้การสนับสนุนทางกายและการสนับสนุนด้านอารมณ์แก่กลุ่มย่อยที่ 1 ส่วนกลุ่มย่อยที่ 2 จะให้การสนับสนุนในวันถัดไป

วันที่ 3 ของการทดลอง ผู้วิจัยให้การสนับสนุนทางกายและการสนับสนุนด้านอารมณ์แก่กลุ่มย่อยที่ 2

วันที่ 4 ของการทดลอง ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารแก่กลุ่มย่อยที่ 1

วันที่ 5 ของการทดลอง ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารแก่กลุ่มย่อยที่ 2

วันที่ 6 ของการทดลอง ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองแก่กลุ่มย่อยที่ 1

วันที่ 7 ของการทดลอง ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองแก่กลุ่มย่อยที่ 2

วันที่ 8 ของการทดลอง ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองแก่กลุ่มย่อยที่ 1

วันที่ 9 ของการทดลอง ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองแก่กลุ่มย่อยที่ 2

วันที่ 10, 11 ของการทดลอง ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมกับกลุ่มทดลอง 8 คน จำนวน 2 ครั้ง รวมเวลาที่ใช้ในการทดลองประมาณ 14 ชั่วโมงต่อหนึ่งคน

5. ทำการทดลองตั้งแต่วันที่ 1 - 11 ของการทดลอง กับกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 รวม
ทั้งสิ้น 33 วัน

โปรแกรมการให้การสนับสนุนทางสังคม

วันที่ 1 ของการทดลอง การให้การสนับสนุนทางกาย เป็นการใช้เครื่องมือช่วยลดปัญหา
ของบุคคล โดยการให้สิ่งจำเป็นต่าง ๆ เช่น การช่วยเหลือทางกาย, แรงงาน, ปัจจัยสี่และ
บริการอื่น ๆ

ผู้วิจัยให้การสนับสนุนเป็นรายบุคคล จำนวน 8 คน โดยผู้วิจัยเชิญผู้รับการสนับสนุนมาพบ
ผู้วิจัยบริเวณห้องรับแขก ในตึกที่ผู้รับการสนับสนุนพักอยู่ ผู้วิจัยแนะนำตัว พูดคุยเพื่อสร้างความ
คุ้นเคยและมิตรภาพ พร้อมทั้งมอบ สบู่, ยาสีฟัน, แปรงสีฟัน และกระดาษชำระ (ที่ผู้ให้การสนับสนุน
สอบถามความต้องการมาจากแม่บ้านประจำตึกที่ผู้รับการสนับสนุนพักอยู่) ให้ผู้รับการสนับสนุน โดยมี
รายละเอียดดังนี้

ผู้วิจัย "สวัสดีค่ะคุณป้า" ผู้วิจัยยกมือไหว้ผู้รับการสนับสนุน และเชิญผู้รับการสนับสนุนนั่ง

"ดิฉันเป็นนิสิตจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ดิฉันมาของ
มาให้คุณป้าไว้ใช้ค่ะ" ผู้วิจัยมอบของที่เตรียมมาให้ผู้รับการสนับสนุน

ผู้วิจัย "คุณป้าอยู่ที่นี้สบายดีไหมคะ"

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ผู้วิจัย "ในแต่ละวัน คุณป้าทำอะไรบ้างคะ"

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ผู้วิจัย "ที่นี่ตอนเช้ามีการตักบาตรกันหรือเปล่าคะ"

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ผู้วิจัย "ตักบาตรกันที่ไหนคะ พระมาบิณฑบาตรกี่โมงคะ"

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ผู้วิจัย "คุณป้าตักบาตรบ่อยไหมคะ"

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ผู้วิจัย "พุงนี้เข้า ดิฉันมาตักบาตรพร้อมคุณป้านะคะ"

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ผู้วิจัย "พุงนี้ดิฉันขออนุญาตเตรียมของใส่บาตรมาให้คุณป้า ดิฉันจะมาพบคุณป้าที่นี่นะคะ"

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ผู้วิจัย "วันนี้ดิฉันกลับก่อนนะคะ พุงนี้เข้าจะมาตักบาตรกับคุณป้าค่ะ" ผู้วิจัยยกมือไหว้

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ในวันที่ 1 ของการทดลองใช้เวลา 20 นาที

วันที่ 2 ของการทดลอง การให้การสนับสนุนทางกายและการสนับสนุนด้านอารมณ์

(เป็นการจัดกระทำสิ่งต่างๆให้สะดวกสบายและปลอดภัย ในช่วงที่เกิดความเครียด ให้บุคคลนั้น

รู้สึกว่าจะได้รับความใส่ใจ ความสนิทสนมและความรัก) แก่กลุ่มย่อยที่ 1

ก่อนหกโมงเช้าผู้วิจัยมาถึงตึกที่ผู้รับการสนับสนุนอยู่ พร้อมของสำหรับใส่บาตรจำนวน 5 ชุด สำหรับใส่บาตรและอาหารเสริมสำหรับผู้รับการสนับสนุน (การสนับสนุนทางกาย)

ผู้วิจัย "สวัสดีค่ะ คุณป้า" ผู้วิจัยไหว้ผู้รับการสนับสนุน

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ผู้วิจัยและผู้รับการสนับสนุนตักบาตรและกรวดน้ำร่วมกัน ผู้วิจัยดูแลเรื่องความสะดวกสบาย และความปลอดภัยในขณะที่ตักบาตรและกรวดน้ำของผู้รับการสนับสนุน

หลังกรวดน้ำเสร็จ ผู้วิจัยเชิญผู้รับการสนับสนุนนั่งริมสระน้ำ ซึ่งอยู่บริเวณเดียวกับที่ตักบาตรรับประทานอาหารเช้าที่ผู้วิจัยซื้อจากรถขายอาหารร่วมกัน ผู้วิจัยดูแลเรื่องสถานที่นั่งอาหารและความสะดวกสบายขณะรับประทานอาหารเช้าร่วมกัน

ผู้วิจัย "คุณบ้ำออกก่าลังกายบ้างหรือเปล่าคะ"

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ผู้วิจัย "ที่นี่มีสถานที่ออกก่าลังกายด้วยใช่ไหมคะ"

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ผู้วิจัย "หลังรับประทานอาหาร เราพักผ่อนแล้ว เราไปออกก่าลังกายด้วยกันนะคะ ร่างกายจะได้ แข็งแรง สดชื่น"

เวลา 9 นาฬิกาผู้วิจัยและผู้รับการสนับสนุนทั้ง 4 คน ไปออกก่าลังกายกันที่ห้อง ออกก่าลังกาย โดยมีครูเป็นผู้แนะนำประจำ และมีโปรแกรมการออกก่าลังกายอยู่แล้ว ตั้งแต่เวลา 9.00 - 9.30 น ผู้วิจัยดูแลความสะดวกสบายและความปลอดภัยขณะออกก่าลังกายของผู้รับการสนับสนุน หลังออกก่าลังกายผู้วิจัยเดินไปส่งผู้รับการสนับสนุนที่ตึก ก่อนลากลับผู้วิจัยนัดวันที่จะพบกัน ครั้งต่อไป

วันที่ 2 ของการทดลอง ใช้เวลา 3 ชั่วโมง 40 นาที

วันที่ 3 ของการทดลอง ให้การสนับสนุนเหมือนวันที่ 2 ของการทดลอง แก่กลุ่มย่อยที่ 2

วันที่ 4 ของการทดลอง การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (เป็นการให้ข้อมูลข่าวสาร คำนแนะนำต่างๆซึ่งเป็นประโยชน์ ต่อผู้รับการสนับสนุน เพื่อช่วยให้บุคคลนั้นเข้าใจสิ่งต่างๆ และปรับตัวกับปัญหาต่างๆ ได้) แก่กลุ่มย่อยที่ 1

ก่อน 6 นาฬิกาผู้วิจัยเตรียมของใส่บาตรจำนวน 5 ชุด มาหาผู้รับการสนับสนุน ผู้วิจัยและผู้รับการสนับสนุนตักบาตร กรวดน้ำและรับประทานอาหารเช้าร่วมกัน ขณะรับประทานอาหารเช้า ผู้วิจัยซักถามถึงปัญหาต่างๆ ของผู้รับการสนับสนุน มีรายละเอียดดังนี้

ผู้วิจัย "อาหารที่คุณบ้ำ ไม่ทานมีอะไรบ้างคะ"

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ผู้วิจัย "เพราะอะไรจึงงดคะ"

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ผู้วิจัย "เกี่ยวกับโรคประจำตัวของคุณป้าหรือเปล่าคะ"

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ผู้วิจัย "คุณป้ามีโรคประจำตัวโรคอะไรคะ บอกดิฉันได้ ดิฉันทำงานเป็นพยาบาลอยู่
โรงพยาบาลพญาไท 1 "

ผู้วิจัยบอกถึงลักษณะของโรค วิธีป้องกันและการรักษาโรคนี้ๆ ให้ผู้รับการสนับสนุน
ตามคู่มือ "การปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุ"

สำหรับผู้รับการสนับสนุนที่เป็นโรคที่จำเป็นต้องพบแพทย์ ผู้วิจัยชี้แจงถึงความจำเป็นของ
การได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และอาสาเป็นเพื่อนไปพบแพทย์ด้วยกัน ผู้วิจัยขออนุญาตแม่บ้าน
ประจำตึก นำผู้รับการสนับสนุนไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาล หลังจากรับประทานอาหารเสร็จ

ผู้วิจัย "อยู่ที่นี้ คุณป้ามีเพื่อนสนิทกี่คนคะ"

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ผู้วิจัย "เวลาที่คุณป้ามีปัญหา ต้องการคำแนะนำ คุณป้าปรึกษาใครคะ"

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ผู้วิจัย "แล้วคนที่คุณป้าปรึกษา เขาให้คำปรึกษาว่าอย่างไรบ้าง"

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ผู้วิจัย "มีใครมาปรึกษาคุณป้าบ้างไหมคะ เรื่องอะไร"

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ผู้วิจัย "แล้วคุณป้าตอบว่าอย่างไรบ้างคะ"

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ผู้วิจัย "เพื่อนในตึกของคุณป้า ทำให้คุณป้าหงุดหงิดใจบ้างหรือเปล่าคะ เรื่องอะไรคะ"

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ผู้วิจัย "คุณป้าแก้ปัญหาอย่างไรคะ"

ผู้วิจัยเสริมและสนับสนุนการปรับตัวให้เข้ากับบุคคล,สถานที่,เพื่อนและปัญหาต่าง ตามคู่มือ "การปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุ" แทรกระหว่างการสนทนาเป็นระยะ

วันที่ 4 ของการทดลองใช้เวลา 1 ชั่วโมง

วันที่ 5 ของการทดลอง ให้การสนับสนุนเหมือนวันที่ 4 ของการทดลอง แยกกลุ่มย่อยที่ 2

วันที่ 6 ของการทดลอง การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่าในตนเอง (เป็นการสร้างเสริมความรู้สึกหรือมโนทัศน์แห่งตน โดยการให้การตอบสนองทางบวกเฉพาะราย ให้มีความชำนาญ และความสามารถ หรือการแสดงความคิดเห็นว่า บุคคลล้วนมีความสามารถผ่านปัญหาต่าง ๆ ได้ การยอมรับต่อการแสดงออก, การได้รับการท้าทาย,ให้โอกาสในการปรับปรุงตนเอง) แยกกลุ่มย่อยที่ 1

ก่อน 6 นาฬิกาผู้วิจัยเตรียมของใส่บาตร จำนวน 5 ชุดมาหาผู้รับการสนับสนุน ผู้วิจัยและผู้รับการสนับสนุนดื่มน้ำ และรับประทานอาหารเช้าร่วมกัน ขณะรับประทานอาหารเช้า ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ, มนุษย์สัมพันธ์และการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุเพิ่มเติมจากวันที่ 3 ของการทดลองแล้วจึงซักถามถึงความสามารถพิเศษ,ความต้องการที่จะเรียนรู้ในเรื่องต่าง ๆ ในกรณีผู้รับการสนับสนุนไม่มีความสามารถพิเศษ และไม่เคยสนใจศึกษาสิ่งใด ผู้วิจัยชักชวนให้ไปทำงานฝีมือ เพื่อเพิ่มพูนความรู้,ใช้เวลารว่างให้เป็นประโยชน์ และมีรายได้จากฝีมือของผู้รับการสนับสนุนเอง ที่สำคัญผู้รับการสนับสนุนจะภาคภูมิใจในตนเองว่าตนเองมีความสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น มีรายละเอียดดังนี้

ผู้วิจัย "คุณบ้า เล่นดนตรีไทยเป็นไหมคะ"

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ผู้วิจัย "คุณบ้าได้ไปเล่น (เครื่องเล่นนั้นๆ) บ้างหรือเบสาคะ"

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ผู้วิจัย "วันนี้เราไปเล่นกันนะคะ คุณบ้าจะได้สอนดิฉันด้วย"

ในการนี้ที่ผู้รับการสนับสนุนไม่มีความสามารถด้านดนตรี ผู้วิจัยถามถึงความสามารถด้าน

หัตถกรรม

ผู้วิจัย "คุณป้าชอบทำการฝีมือไหมคะ"

ผู้รับการสนับสนุน " _____ "

ผู้วิจัย "คุณป้าเคยทำการฝีมืออะไรคะ"

ผู้วิจัย "วันนี้เราไปทำการฝีมือกันนะคะ อาจมีอย่างอื่นน่าสนใจอีก"

ในการนี้ที่ผู้รับการสนับสนุนไม่มีความสามารถทางดนตรีและการฝีมือ

ผู้วิจัย "คุณป้าลองไปเล่นดนตรี, หัดทำการฝีมือ มีครูสอนด้วย ดิฉันจะได้เรียนพร้อม
คุณป้าเลย ไปด้วยกันนะคะ เป็นการใช้เวลาให้เป็นประโยชน์ และยังมีรายได้
อีกด้วยนะคะ"

ผู้วิจัยและผู้รับการสนับสนุนไปที่ห้องดนตรีไทย หรือห้องหัตถกรรม ภายหลังจากรับประทาน
อาหาร เพื่อเล่นดนตรีไทยและทำการฝีมือ โดยมีครูสอนให้ทั้งที่ห้องดนตรีไทยและห้องหัตถกรรม
โดยผู้วิจัยดูแลเรื่องความสะดวกสบาย, สนใจ, ใส่ใจ, สนับสนุนสิ่งที่ผู้รับการสนับสนุนทำอยู่
จนเรียบร้อยดี ผู้วิจัยเดินไปส่งผู้รับการสนับสนุนที่ตึก ก่อนลากลับผู้วิจัยนัดวันที่จะพบกันครั้งต่อไป

วันที่ 6 ของการทดลองใช้เวลา 3 ชั่วโมง

วันที่ 7 ของการทดลอง ให้การสนับสนุนเหมือนวันที่ 6 ของการทดลอง แก่กลุ่มย่อยที่ 2

วันที่ 8 ของการทดลอง การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองแก่กลุ่มย่อยที่ 1

ผู้วิจัยนัดพบผู้รับการสนับสนุนที่ห้องหัตถกรรมหรือห้องดนตรีไทย เพื่อให้ผู้รับการสนับสนุนทำการฝีมือ
หรือเล่นดนตรี โดยผู้ให้การสนับสนุนดูแลเรื่องความสะดวกสบาย, สนใจ, ใส่ใจ, สนับสนุนสิ่งที่
ผู้รับการสนับสนุนทำอยู่จนเรียบร้อยดี ผู้วิจัยเดินไปส่งผู้รับการสนับสนุนที่ตึก ก่อนลากลับผู้วิจัย
นัดวันที่จะพบกันครั้งต่อไป

วันที่ 8 ของการทดลองใช้เวลา 2 ชั่วโมง

วันที่ 9 ของการทดลอง ให้การสนับสนุนเหมือนวันที่ 8 ของการทดลอง แก่กลุ่มย่อยที่ 2

วันที่ 10-11 ของการทดลอง ให้การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมกับกลุ่มทดลองทั้ง 8 คน จำนวน 2 ครั้ง (เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าสมาชิกในกลุ่มให้ความสนใจเป็นธุระให้เป็นความสัมพันธ์ที่มากกว่ามิตรภาพ ซึ่งบุคคลจะแสดงออกมาในรูปของการมีสังคมและทำกิจกรรมร่วมกัน)

ผู้วิจัยให้ผู้รับการสนับสนุนในเด็กเดียวกัน ร่วมกันดูแลบริเวณรอบ ๆ ตึกที่ผู้รับการสนับสนุนพักอยู่ ตั้งแต่ 16 นาฬิกาเป็นต้นไป แล้วทั้งหมดจะรับประทานอาหารร่วมกัน โดยผู้วิจัยส่งอาหารมาจากข้างนอก ส่วนผลไม้มให้ผู้รับการสนับสนุน ไปซื้อที่หน้าสถานสงเคราะห์ โดยแบ่งหน้าที่การทำงานกันดังนี้

- การจัดสถานที่
- การจัดอาหาร
- การซื้อผลไม้และขนม
- คนปอกผลไม้
- การเก็บล้าง

มีการพูดคุยกันขณะรับประทานอาหารเป็นร่วมกัน ผู้รับการสนับสนุนที่ต้องการเล่นดนตรีให้เพื่อนฟัง ผู้วิจัยจะติดต่อขอยืมเครื่องดนตรีออกมาเล่นกันที่สนามข้างสระน้ำ หลังจากรับประทานอาหารเสร็จแล้วผู้วิจัยฝากให้ดำรงกิจกรรมที่เราทำร่วมกันไว้ เพื่อผู้รับการสนับสนุนจะได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์กับตนเอง ทั้งยังสามารถให้ความรู้ ความบันเทิงกับคนรอบข้างด้วย

วันที่ 10 - 11 ของการทดลองใช้เวลาวันละ 2 ชั่วโมง

7. ทำการวัดความซึมเศร้าหลังการทดลอง โดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถาม The CES-D Scale อีกครั้ง หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในวันที่ 11

8. ทำการทดลองกับกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 เหมือนกลุ่มที่ 1

9. นำคะแนนมาหาค่าทางสถิติ

4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ใช้ two-ways ANOVA เพื่อ

4.1 ทดสอบสมมติฐานข้อ 2,3 โดยดูปฏิสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับช่วงอายุ ถ้ามีปฏิสัมพันธ์กัน และวิเคราะห์ต่อไป พบว่ามีความสำคัญทางสถิติ ถ้ามากกว่า 2 กลุ่ม ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ ด้วยวิธีของ เชฟเฟ (Schefffe's Method)

4.2 ทดสอบสมมติฐานข้อ 1 โดยเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย ของคะแนนความเข้มแข็งในผู้สูงอายุเพศหญิง หลังจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคม กับค่าเฉลี่ย ของคะแนนความเข้มแข็งของผู้สูงอายุเพศหญิงที่ดำเนินกิจกรรมตามปกติ

บทที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

การทดลองลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ด้วยการให้การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้านคือ การสนับสนุนทางกาย, การสนับสนุนด้านอารมณ์, การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร, การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม กระทำกับผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความซึมเศร้า และมีช่วงอายุแตกต่างกัน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความมุ่งหมายดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้การสนับสนุนทางสังคมต่อการลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิง กับผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความซึมเศร้าที่ดำเนินกิจกรรมตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้การสนับสนุนทางสังคม ต่อการลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิง ที่มีช่วงอายุ 60-69 ปี, 70-79 ปีและ 80 ปีขึ้นไปว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

ตาราง 4 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง

ช่วงอายุ	60 - 69 ปี	70 - 79 ปี	80 ปีขึ้นไป
กลุ่มทดลอง	4	11	9
กลุ่มควบคุม	4	11	9

ผู้วิจัยได้ทำการทดลองระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2537 - วันที่ 20 สิงหาคม 2537
ตามโปรแกรมการให้การสนับสนุนทางสังคม ได้ผลการทดลองดังนี้

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนของคะแนนความแตกต่างของคะแนนความซึมเศร้า
ก่อน - หลังการทดลอง

ช่วงอายุ	60 - 69 ปี		70 - 79 ปี		80 ปีขึ้นไป	
	$\bar{x}_1$	s_1^2	$\bar{x}_2$	s_2^2	$\bar{x}_3$	s_3^2
กลุ่มทดลอง	8.25	30.91	12.27	67.21	10.44	26.86
	n=4		n=11		n=9	
กลุ่มควบคุม	.5	4	.81	13.56	-.66	7.87
	n=4		n=11		n=9	

ใช้ t-test ทดสอบความแตกต่างของคะแนนความแตกต่างของกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุมแบบ independent samples ทำการทดสอบแล้วพบว่า
ได้ผลการทดลองดังนี้

$$1. \text{ ช่วงอายุ } 60 - 69 \text{ ปี } \alpha = .01 \quad df = 20.19 \quad t = 2.528$$

$$t \text{ ที่คำนวณได้ } = 2.672$$

ดังนั้นกลุ่มทดลองมีการลดความซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ช่วงอายุ 70 - 79 ปี $\alpha = .01$ $df = 13.86$ $t = 2.624$

t ที่คำนวณได้ = 31.32

ดังนั้นกลุ่มทดลองมีการลดความซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ช่วงอายุ 80 - 93 ปี $\alpha = .01$ $df = 14$ $t = 2.624$

t ที่คำนวณได้ = 5.48

ดังนั้นกลุ่มทดลองมีการลดความซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. เปรียบเทียบกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม $\alpha = .01$ $df = 14.15$ $t = 2.624$

t ที่คำนวณได้ = 5.216

ดังนั้นกลุ่มทดลองมีการลดความซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ใช้ ANOVA ทดสอบความแตกต่างของคะแนนการลดความซึมเศร้าของกลุ่มทดลองช่วงอายุ 60 - 69 ปี, 70 - 79 ปี และ 80 - 93 ปีได้ผลการทดลองดังนี้

ตาราง 6 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของคะแนนความซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง
ช่วงอายุ 60 - 69 ปี, 70 - 79 ปีและ 80 - 93 ปี

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	434.5	2	217.25	1.415	>.05
ภายในกลุ่ม	3529.59	23	153.46		

$$df = 2, 23 \quad \alpha = .01 \quad F = 5.66$$

ความหมายของสัญลักษณ์ที่ใช้มีดังนี้

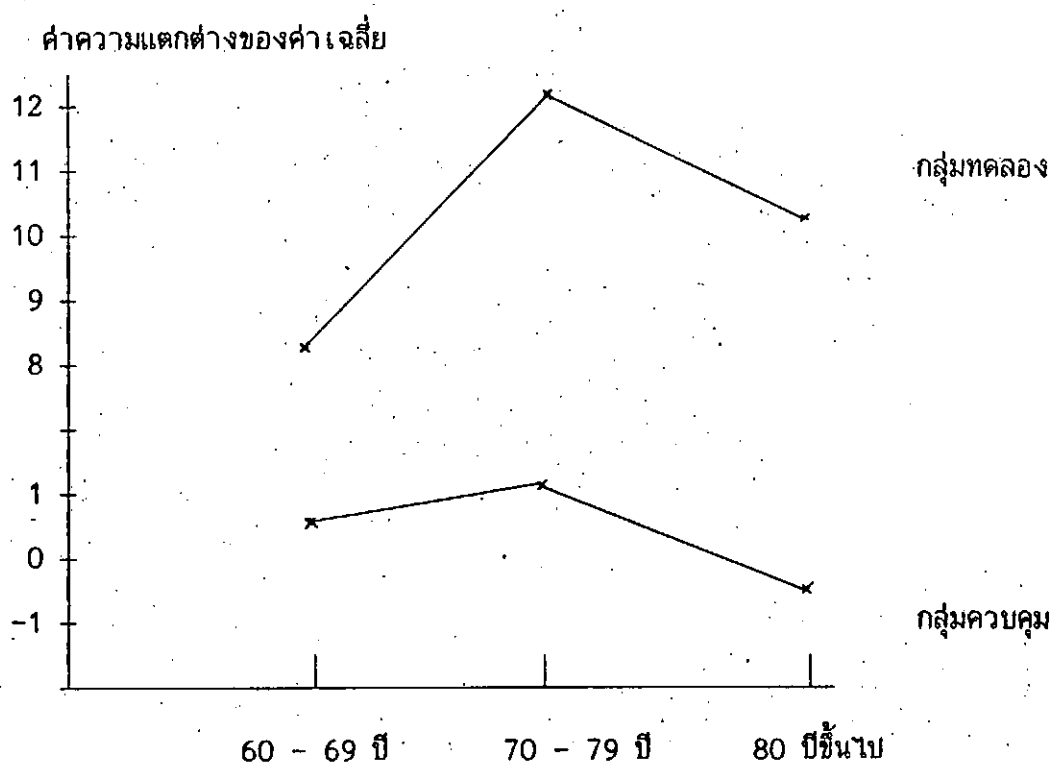
SS	หมายถึง	ความเบี่ยงเบนกำลังสอง
df	หมายถึง	ขั้นแห่งความเป็นอิสระของความแปรปรวน
MS	หมายถึง	ความแปรปรวน
F	หมายถึง	อัตราส่วนของความแปรปรวน

เมื่อเปรียบเทียบค่า t ที่คำนวณได้ กับค่า t ในตารางและเปรียบเทียบค่า F ที่
คำนวณได้ กับค่า F ในตารางที่ขั้นแห่งความเป็นอิสระของอัตราส่วน F และระดับนัยสำคัญทาง
สถิติที่ .01 พบว่า

1. การสนับสนุนทางสังคมมีผลในการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิงกลุ่มทดลอง
แตกต่างจากผู้สูงอายุเพศหญิงกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบ
ค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มแล้วพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความ
ซึมเศร้ามลดลงมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามปกติ

2. เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุเพศหญิง ที่มีช่วงอายุต่างกันมีความซึมเศร้าลดลงไม่แตกต่างกัน

จากผลการทดลองสามารถเขียนเป็นกราฟดังภาพประกอบ 3 โดยสร้างจากค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของคะแนน pre - post test



ภาพประกอบ 3 กราฟแสดงความแตกต่างของกลุ่มอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากกราฟแสดงให้เห็นว่า

1. กลุ่มทดลองมีการลดลงของความซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุม
2. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพบว่า ช่วงอายุ 70-79 ปี มีการลดความซึมเศร้าลงมากกว่าช่วงอายุอื่นๆ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แม้จะมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ก็ตาม

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

งานวิจัยนี้เป็นการทดลองลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิง ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค โดยใช้การสนับสนุนทางสังคม มีรายละเอียดดังนี้

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้การสนับสนุนทางสังคมต่อการลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิง กับกลุ่มควบคุม
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้การสนับสนุนทางสังคมต่อการลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิง ที่มีช่วงอายุ 60 - 69 ปี, 70 - 79 ปีและ 80 ปีขึ้นไป

สมมติฐานในการวิจัย

1. การสนับสนุนทางสังคมมีผลในการลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิง ที่มีความซึมเศร้า ได้มากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความซึมเศร้า ที่ดำเนินกิจกรรมตามปกติ
2. การสนับสนุนทางสังคม มีผลในการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิง ที่มีช่วงอายุ 60-69 ปีได้มากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีช่วงอายุ 70-79 ปีและ 80 ปีขึ้นไปตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา ได้แก่ผู้สูงอายุเพศหญิง ที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ประเภทสามัญ ที่ทำแบบสอบถามวัดความซึมเศร้า The CES-D Scale ของ Radloff, L.S. ได้คะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป จำนวน 48 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่ม

ประชากรแบบแบ่งชั้นตามช่วงอายุ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 24 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 24 คน แยกตามช่วงอายุ ดังตาราง 3 (หน้า 60)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบวัดความซึมเศร้า The CES-D Scale (The Center for Epidemiologic studies Depression Scale) ของ Radloff, L.S. ซึ่งแปลและตรวจสอบคุณลักษณะโดยธวัชชัย วรพงศธรและคณะ
2. แผนการให้การสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นตามการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้านดังนี้
 - 2.1 การสนับสนุนทางกาย
 - 2.2 การสนับสนุนด้านอารมณ์
 - 2.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
 - 2.4 การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง
 - 2.5 การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

การดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลองมีทั้งหมด 24 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ทำการทดลอง ครั้งละกลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มดำเนินการดังนี้

วันที่ 1 ของการทดลอง ผู้วิจัยให้การสนับสนุนทางกายทั้ง 8 คนเป็นรายบุคคล โดยเชิญผู้รับการสนับสนุนมาพบผู้วิจัยที่บริเวณห้องรับแขก ในอาคารที่ผู้รับการสนับสนุนพักอยู่ ทีละ 1 คน

วันที่ 2 ของการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลอง 8 คนเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม กลุ่มละ 4 คน ผู้วิจัยให้การสนับสนุนทางกายและการสนับสนุนด้านอารมณ์แก่กลุ่มย่อยที่ 1 ส่วนกลุ่มย่อยที่ 2 จะให้การสนับสนุนในวันถัดไป

วันที่ 3 ของการทดลอง ผู้วิจัยให้การสนับสนุนทางกายและการสนับสนุนด้านอารมณ์แก่กลุ่มย่อยที่ 2

วันที่ 4 ของการทดลอง ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารแก่กลุ่มย่อยที่ 1

วันที่ 5 ของการทดลอง ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารแก่กลุ่มย่อยที่ 2

วันที่ 6 ของการทดลอง ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองแก่กลุ่มย่อยที่ 1

วันที่ 7 ของการทดลอง ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองแก่กลุ่มย่อยที่ 2

วันที่ 8 ของการทดลอง ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองแก่กลุ่มย่อยที่ 1

วันที่ 9 ของการทดลอง ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองแก่กลุ่มย่อยที่ 2

วันที่ 10-11 ของการทดลอง ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม กับ 22กลุ่มทดลอง 8 คน จำนวน 2 ครั้ง รวมเวลาที่ใช้ในการทดลองประมาณ 14 ชั่วโมงต่อหนึ่งคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

นักจะแนบความแตกต่างของ pre-post test ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มาหา ค่าทางสถิติ โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบ t-test และ ANOVA ได้ผลและตารางการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ใช้ t-test ทดสอบความแตกต่างของคะแนนความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. ช่วงอายุ 60 - 69 ปี $\alpha = .01$ $df = 20.19$ $t = 2.528$
 t ที่คำนวณได้ = 2.672
2. ช่วงอายุ 70 - 79 ปี $\alpha = .01$ $df = 13.86$ $t = 2.624$
 t ที่คำนวณได้ = 31.32
3. ช่วงอายุ 80 - 93 ปี $\alpha = .01$ $df = 14$ $t = 2.624$
 t ที่คำนวณได้ = 5.48
4. เปรียบเทียบกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม $\alpha = .01$ $df = 14.15$ $t = 2.624$
 t ที่คำนวณได้ = 5.216

ใช้ ANOVA ทดสอบความแตกต่างของคะแนนการลดความซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ช่วงอายุ 60 - 69 ปี, 70 - 79 ปี และ 80 - 93 ปี ได้ผลการทดลองดังนี้

ตาราง 7 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของคะแนนความซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ช่วงอายุ 60 - 69 ปี, 70 - 79 ปี และ 80 - 93 ปี

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	434.5	2	217.25	1.415	>.05
ภายในกลุ่ม	3529.59	23	153.46		

$df=2,23$ $\alpha = .01$ $F=5.66$

สรุปผล

1. การสนับสนุนทางสังคมมีผลในการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิง ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีความซึมเศร้าได้แตกต่างจากผู้สูงอายุเพศหญิง ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่ดำเนินกิจกรรมตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแล้วพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความซึมเศร้ามลดลงมากกว่าผู้สูงอายุที่ดำเนินกิจกรรมตามปกติ เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1
2. เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกัน มีความซึมเศร้ามลดลงไม่แตกต่างกัน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2

การอภิปรายผล

จากการทดลองพบว่า

1. การสนับสนุนทางสังคมมีผล ในการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัมพร ศิริวิสัย (2532) ที่ทำการศึกษาการให้การสนับสนุนทางสังคม โดยการให้สุขศึกษากับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีความซึมเศร้าจำนวน 102 คน พบว่าภายหลังให้การสนับสนุนทางสังคม โดยการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้สูงอายุมีความซึมเศร้ามลดลง มีความพึงพอใจต่อบริการของสถานสงเคราะห์เพิ่มขึ้น และมีสุขภาพดีขึ้นกว่าเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับการศึกษาของ โลเวต และคนอื่น ๆ (Babara. 1990 ; citing Lovett and others. 1985) ที่ทำการศึกษาการให้การสนับสนุนทางสังคม 6 ด้านคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์, ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม, ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง, การสนับสนุนทางกาย, ด้านข้อมูลข่าวสารและการส่งเสริมพัฒนาการตามโอกาส พบว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้ามลดลง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ กอร์ (Minkler. 1981 ; citing Gore. 1981) ที่ศึกษาผู้ช่วยที่ว่างงานจำนวน 110 คน เป็นเวลานาน 2 ปี โดยศึกษาอาการซึมเศร้า และระดับของการสนับสนุนทางสังคม วัดจากความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับเรื่องคู่สมรส เพื่อนการเข้าร่วมทางสังคม พบว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะมีปัญหาด้านความซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่รู้สึกว่าตนเองมีการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลของการทดลองที่ได้ครั้งนี้ เป็นผลจากผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับการดูแล เอาใจใส่จากผู้วิจัย จากเพื่อนผู้สูงอายุกลุ่มทดลองด้วยกันเอง ได้ทำสิ่งแปลกใหม่ ที่ไม่เคยทำมาก่อน สนใจและรักษาสุขภาพตนเองมากขึ้น เรียนรู้ที่จะออกกำลังกายและใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ มีเพื่อนที่คุ้นเคยพอที่จะปรึกษาปัญหาหรือพูดคุยเพิ่มขึ้นจากเดิม อันสืบเนื่องจากกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองทำตลอดการทดลองคือ การดักบาตร, การออกกำลังกาย, การทำงานหัตถกรรม, การได้รับการดูแลให้คำปรึกษาในเรื่องโรคต่างๆ, ผู้วิจัยไปเป็นเพื่อนขณะกลุ่มทดลองไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาล, กลุ่มทดลองได้มีการพูดคุย สนทนาเมื่อก่อนเพิ่มขึ้น, รับประทานอาหารร่วมกันและช่วยกันทำงานจนแล้วเสร็จ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ทำกิจกรรมเดิม ไม่มีสิ่งแปลกใหม่ในชีวิต ไม่มีเพื่อนเพิ่มขึ้น ไม่มีใครให้ความเอาใจใส่ สนใจและดูแลในเรื่องต่าง ๆ ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มทดลองจึงมีความซึมเศร้ามลลงมากกว่ากลุ่มควบคุม เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1

2. เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกัน มีความซึมเศร้ามลลงไม่แตกต่างกัน ไม่เป็นไปตามคำกล่าวของอภิญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ คชภักดี (2533 : 14 - 24) ที่ทำการศึกษาผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีช่วงอายุ 60 - 69 ปี, 70 - 79 ปีและ 80 - 89 ปี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุ 60 - 69 ปี มีความสามารถในการเรียนรู้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุ 70 - 79 ปีและ 80 - 89 ปีตามลำดับ และมีแนวโน้มของค่าเฉลี่ยเมื่อมีอายุมากขึ้นความสามารถในการเรียนรู้จะลดลง ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุ

ได้รับการสนับสนุนทางสังคมผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60 - 69 ปีน่าจะมีการลดลงของความซึมเศร้า มากกว่าช่วงอายุ 70 - 79 ปีและ 80 ปีขึ้นไปตามลำดับ

จากการทดลองผู้วิจัยพบว่าผู้สูงอายุแต่ละช่วงอายุมีกิจกรรมที่แตกต่างกันอยู่เดิมคือ ผู้สูงอายุช่วงอายุ 60 - 69 ปี ดักขาตรกันทุกวัน แตกต่างจากช่วงอายุ 70 - 79 ปีและ 80 ปีขึ้นไป ที่ดักขาตรบางวันหรือไม่ดักขาตรเลย, ผู้สูงอายุช่วงอายุ 60 - 69 ปีมีสุขภาพแข็งแรงกว่า ช่วงอายุ 70 - 79 ปีและ 80 ปีขึ้นไปตามลำดับ จึงไม่ไปห้องออกกำลังกายที่ช่วงอายุ 70 - 79 ปีและ 80 ปีขึ้นไป ไปกันเป็นประจำ, ผู้สูงอายุช่วงอายุ 60 - 69 ปีพบากิจกรรม ที่ห้องหัตถกรรมมากกว่าช่วงอายุ 70 - 79 ปีและ 80 ปีขึ้นไป เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคม ที่มีกิจกรรมเหมือนกันทุกช่วงอายุ จึงไม่ก่อให้เกิดความแตกต่างกันของคะแนนความซึมเศร้า อาจมีบางกิจกรรมที่ผู้สูงอายุช่วงอายุนั้นสนใจและเหมาะสมกับช่วงอายุนั้น แต่ผู้วิจัยไม่ได้ทำ กิจกรรมที่ผู้สูงอายุแต่ละช่วงอายุสนใจต่างกัน ผลการทดลองที่ได้จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2

ข้อเสนอแนะ

1. ภายหลังการทดลองที่ผู้วิจัยวัดคะแนนความซึมเศร้าแล้ว ไม่มีโอกาสได้ติดตามผล และศึกษาวิจัยต่อไป ผู้วิจัยเห็นว่าควรมีการศึกษาว่าภายหลังการทดลอง 1 สัปดาห์, 2 สัปดาห์หรือ 1 เดือน ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร, ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ยังดำเนินกิจกรรมต่างๆที่เคยทำในช่วงของการทดลองอยู่หรือไม่

2. จากการทดลองพบว่าควรมีกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมที่ควรเพิ่มเข้าไปคือ การฟังเทศน์ เพราะผู้สูงอายุสนใจกันมาก ในขณะที่กิจกรรมดนตรีไทยควรตัดออกจากกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม เพราะผู้สูงอายุไม่สนใจในกิจกรรมนั้น ซึ่งมีช่วงเวลาก่อนตรงกับ การออกกำลังกายที่ห้องออกกำลังกาย ซึ่งผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจะไปห้องออกกำลังกายกันเป็น ส่วนใหญ่ ส่วนผู้ที่สุขภาพแข็งแรงจะไปห้องหัตถกรรมกัน ไม่มีผู้สูงอายุกลุ่มทดลองไปที่ห้องดนตรี ไทยเลย และเมื่อถึงวันพระผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะงดการไปห้องออกกำลังกายและห้องหัตถกรรม แต่ไปฟังเทศน์รวมกันที่ห้องพระ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กงสดาล สุทธิวิริสรค์. ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมและ
ความเหนื่อยหน่ายพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ พย.บ.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- กมลีน สัตตรา. ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา
บ้านธรรมบวร จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (แพทยศาสตรศาสตราจารย์-
พยาบาล) สาขาจิตวิทยาคลินิกบัณฑิตวิทยาลัย กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
อัดสำเนา.
- กรมประชาสัมพันธ์. "ความคาดหวัง แรงจูงใจสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องการ
เข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ของกรมประชาสัมพันธ์," กรมประชาสัมพันธ์.
33 : 21 ; มีนาคม - เมษายน 2533.
- เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ
ห้างหุ้นส่วนจำกัดอรุณการพิมพ์, 2528.
- ขนาน หัสศิริ และคนอื่น ๆ . "การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเมื่อกรุงรัตนโกสินทร์ ครบ 2000 ปี
พ.ศ. 2525," การวิจัยทางจิตเวชศาสตร์และปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย. 2525.
- ขวัญใจ เอมมาใจ. "ก่อนจะสิ้นแสงตะวัน," สารคดี. 74 : 7 ; เมษายน, 2534.
- เขมิกา ยามะรัต. ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญกระทรวง
เกษตรและสหกรณ์. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2527. อัดสำเนา.
- จินทนา รณฤทธิชัย. "การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ," หมอชาวบ้าน
9 : 101 ; กันยายน 2530.
- จารุวรรณ เหมะธรร และพิมพ์พรณ ศิลปสุวรรณ. "ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของ
ผู้สูงอายุ," วารสารสุขศึกษา. 7 ; สิงหาคม 2527.

จรรยา ทองถาวร. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ : ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2533.

*อวีวรรณ แก้วพรหม. ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร.

วิทยานิพนธ์ ค.ม. สาขาพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530. อัดสำเนา.

เอี่ยมศรี วิวิธสิริ. จิตวิทยาการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533.

ธวัชชัย วราพงศ์ธร และคนอื่น ๆ. "แบบสอบถามความซึมเศร้า CES-D Scale (ฉบับแปลเป็นภาษาไทย)," ว.จิตวิทยาคลินิก. 2 : 1 ; มกราคม - มิถุนายน 2533.

นวลศิริ เปาโรหิตย์ และคนอื่น ๆ. จิตวิทยาพัฒนาการ. มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2520.

นิตา ชูโต. คนชราไทย. สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. การวิเคราะห์ความแปรปรวน. ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ตุลาคม, 2531.

บริบูรณ์ พรพิบูลย์. โลกยามชรา. กรุงเทพฯ : พรสิงห์การพิมพ์. 2523.

บุษบา จิรกุลสมาโชค. ประสิทธิผลของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมระหว่างนักเรียนกับเพื่อนและนักเรียนกับพ่อแม่ ที่มีต่อพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. สาขาสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.

ประสพ รัตนกร. กองส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ : สุขภาพจิตผู้สูงอายุ. กองวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2526.

แผนงานสาธารณสุข, กอง. สภาพและปัญหาสาธารณสุข นโยบายและกลวิธีการพัฒนาในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7. 2535-2539. กรุงเทพฯ : โครงการเอกสารและตำรา กองแผนงานสาธารณสุข, 2535.

ผน แสงสิงแก้ว. "รวมเรื่องสุขภาพจิตของนายแพทย์ผน แสงสิงห์แก้ว," ว.สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 12 ; กรกฎาคม - ตุลาคม 2510.

ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ กองวิชาการ. . "ปัจจุบันและอนาคตของผู้สูงอายุในบ้านเรา," กรมประชาสัมพันธ์

สัปดาห์ที่. 2 : 23 - 32 ; มีนาคม - เมษายน 2529.

พุทธทาสภิกขุ. แก้อย่างฉลาดและเป็นสุข. กรุงเทพฯ : อตมโม 2532.

เพียงใจ สันฐานคาร และคนอื่น ๆ. ปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2525.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. "อารมณ์เศร้าในผู้สูงอายุ," ว.สวนปรุง. 3 ; ตุลาคม - ธันวาคม 2529.

คันสนีย์ สมิตะเกษตริน. การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน. วิทยานิพนธ์ วท.ม.

สาขาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อุดสาเนา.

ศุภวีย์ พลายน้อย และเนาวรัตน์ พลายน้อย. "รายงานการวิจัยผลกระทบของการพัฒนาที่มีต่อปัญหาและความต้องการของประชากรผู้สูงอายุ," ว.ประชากรศึกษา.

10 : 2 ; ธันวาคม 2527.

วิณะ คล้ายดี. ประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขภาพ โดยการสอนผู้ป่วยร่วมกับการใช้

แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติผู้ป่วย ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลอินทบุรี

จ.สิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. สาขาสังคมวิทยา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อุดสาเนา.

สุชา จันทรเฒ และสุรางค์ จันทรเฒ. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2520.

สมภพ เรืองตระกูล. คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพรัตน์, 2528.

สุมาลย์ โทมัส. "ผู้สูงอายุในประเทศไทย สถานภาพ แนวโน้มและปัญหา," ว.ธรรมศาสตร์.

16 : 1 ; 2531.

สุรกุล เจนอบรม. "การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุภายใต้กรอบของแผนฯ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539)," ว.การศึกษานอกระบบ. 6 : 17 ; มกราคม 2535.

_____. "ชราศึกษา," ลานข่อย. วารสารวิชาการของศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนภาคกลาง. 7 : 3 ; เมษายน - มิถุนายน 2532.

สราวุธ วาสิกนันท์. "โรคซึมเศร้ากับการฆ่าตัวตาย," สงขลาครินทร์เวชสาร. 2 ; ตุลาคม - ธันวาคม 2527.

✓ สุวดี ดันดีพัฒนานันท์. การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2526.

สุวัฒน์ วัฒนพงศ์. จิตวิทยาการเรียนรู้ผู้ใหญ่. ภาควิชาการศึกษาผู้ใหญ่ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533.

อภิญา กังสนารักษ์ และนิยพินิจ ศษภักดี. "ความสามารถทางสติปัญญา : การเรียนรู้และความจำระยะสั้น กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค," ว.จิตวิทยาคลินิก. 21 : 1 ; มกราคม - มิถุนายน 2533.

อัมพร ศิริวิสัย. ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อุดสาเนา.

Barbara R. Sarason, Irwin G. Sarason and Gregory R. Pierce. Social Support an Interactional View. Washington : John Wiley and Sons, 1990.

Barrow, Gorgia M. and Patrica Smith. Ageism and Society. Paul Minn : West Publishing Company, 1979.

Baum, M. and R.C. Baum. Growing old : A Societal Perspective. New Jersey : Prentice - Hall, 1980.

✱ Beck, A.T. "An Inventory For Measuring Depression," Archives of General Psychiatry. 4 ; June, 1961.

- Blazer, D.G. Depression In Late Life. London : The C.V. Mosby Company, 1982.
- Boyd, J.H. and others. "Screening for Depression in a Community sample," Archives of General Psychiatry. 39 ; 1982.
- Bradley, J.J. "Severe Localized Pain Associated with the Depressive syndrome," British Journal of Psychiatry. 109 ; 1963.
- Caplan, G. Support Systems and Community Mental Health : Lecture on Concept Development, Behavioral Publication. New York : Human Science Press, 1976.
- Chatfield, W. F. "Economic and Sociological Factors Influencing Life Satisfaction of the Aged," Journal of Gerontology. 32 ; 1977.
- Cobb, S. "Social Support as a Moderator of Life Stress," Psychosomatic Medicine. 38(5) : September - October, 1976.
- Coleman, J.W. Social Problems. New York : Harper Row Publishers, 1980.
- Dinkmeyer, D.C. "Child Development," In The Emerging Self Englewood Cliffs. Prentic Hall, Inc., 1965.
- Eaton, W.W. and L.G. Kessler. "Rates of Symptoms of Depression in a National Sample," American Journal Epidemiology. 114 ; 1981.
- Fassler, L.B. and M. Gavirin "Depression in Old Age," Journal of the American Geriatrics Society. 26 ; 1978.

Field, D. and M. Minkler. "Continuity and Change in Social Support between Young-Old and Old-Old or Very-Old age," Journal of Gerontology. 43 : 100 - 106 ; 1988.

Finch, C.E. "Catecholamine Metabolism in the Brains of Aging Male Mice," Brain Research. 52 ; 1973.

Hammen, C., and R. De Mayo. "cognitive correlates of teacher stress and depressive Symptom : implications for attributional models of depression," Journal of Abnormal Psychiatry. 91 ; 1982.

Goodwin, F.K. and W.E. Bunney. "A Psychobiological Approach to Affective illness," Psychiatric Annals. 3 ; 1993.

Handerson, Bruce B. "Social Support and Exploration," Child Development. 55 ; 1985.

Hess, Beth B. Aging and Old age : An Introduction to Social Gerontology. Macmillan Publishing Co., Inc., 1980.

Hogstel, M.O. Nursing case of the Older Adult. New York: John Wiley & Son, 1981.

Israel, Babara A. "Social Network and Support : Implications for national Helper and Community level Interventions," Health Education Quarterly. 12 ; 1985.

Jackson, S.W. "Galen on Mental Disorders," Journal of the History of the Behavioral Sciences. 5 ; 1986.

✓ Jacobson, E.D. "Types and Timing of Social Support,"
Journal of Health and Social Behavior. 27 ; September 1986.

Lazarus, L.W. and J. weinberg. "Treatment in the Ambulatory Care Setting," Handbook of geriatric Psychiatry. New York : Van Nostrand Reinhold, 1980.

Lehman, H.E. "Psychiatric Concepts of Depression : Nomenclature and Classification," Canadian Psychiatric Association Journal. 4 ; 1959.

✓ Lewis, A. "Melancholia : a Historical Review, " British Journal of Psychiatry. 80.; 1934.

* Mark, Pillisok. "Delivery of Social Support : The social Innoculation," American Journal Orthopsychiatry. 52 : 1 ; January, 1982.

Masoro, E.J. Handbook of Psychological in Aging. Florida, 1981.

Mindelas, J., S. Stern and A. Frazer. "Biochemistry of Depression," Diseases of the Nervous System. 37 ; 1976.

Minkler, M. "Applications of Social Support Theory to Health Education Implications to work with the Elderly,"
Health Education Quarterly. 18 : 2 ; September, 1981.

Neal, Krause. "Stress and Sex Differences in Depressive Symptoms Among Older Adults, Journal of Gerontology. 41 : 727 - 731 ; November, 1986.

Neugarten, B.L., R.J. Havighurst and S.S. Tibin. "Personality and Patterns of Aging," Middle Age and Aging. University Chicago Press 1968.

Philip Rice F. Adult Development and Aging. Allyn and Bacon, Inc., 1986

Polmore, E. "The Social Factors in Aging," In Handbook of Geriatric Psychiatry. New York : Van Nostrand Reinhold, 1980.

Radloff, L.S. "The CES-D Scale : a self - report depression scale for research in general population," Applied Psychological Measurement. 13 ; 1977.

Sachar, E.J., J. Finkelstein. and L. Hellman. "Growth Hormone Responses in Depressive Illness," Archives of General Psychiatry. 25 ; 1971.

Schildkraut, J.J. "Catecholamine Hypothesis of Affective Disorder," American Journal of Psychiatry. 122 ; 1965.

Spitz, R. "Anaclitic Depression," Psychoanalytic Study of the Child. 2 ; 1946.

Thoits, P.A. "Conceptual Methodological and Theoretical Problems in Studying Social as a Buffer against Life Stress," Journal of Health and Social Behavior. 23 ; June, 1982.

Warhut, G., L. Robbins and N. McGinnis. A review of selected research on the relationship of Socio-demographic factors to mental disorders and treatment outcomes. Rockville : National Institute of Mental Health. 1975.

Watts, C.A. "The Mind Endogenous Depression," British Medical Journal. 1 ; 1957.

Willmult, L.R. "Medical View of Depression in the Elderly : Historical Notes," Journal of the American Geriatrics Society. 27 ; 1979.

ภาคผนวก

แบบวัดความซึมเศร้า CES-D Scale (ฉบับภาษาไทย)

คำแนะนำในการตอบ

ต่อไปนี้เป็นความรู้สึกที่อาจจะเกิดขึ้นกับคุณได้ โปรดอ่านแต่ละข้อ แล้วกาเครื่องหมาย
/ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา

"ไม่เลย" หมายความว่าความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นน้อยกว่า 1 วัน

"นานๆ ครั้ง" หมายความว่าความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 1-2 วัน

"ค่อนข้างบ่อย" หมายความว่าความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 3-4 วัน

"บ่อยครั้ง" หมายความว่าความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 5-7 วัน

คำตอบเหล่านี้ไม่มีถูกผิด แต่เป็นเพียงการทดสอบเกี่ยวกับความรู้สึกของคุณเท่านั้น

ความรู้สึก	บ่อยครั้ง (5-7 วัน)	ค่อนข้างบ่อย (3-4 วัน)	นานๆ ครั้ง (1-2 วัน)	ไม่เลย (น้อยกว่า 1 วัน)
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ฉันรู้สึกว่าฉันไม่สามารถจัด ความมั่นหมองออกไปแม้ว่าจะ มีคนในครอบครัวหรือเพื่อน คอยช่วยเหลือ				
4. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความดี ทัดเทียมคนอื่น				
5. ฉันรู้สึกว่าลำบากในการตั้ง สมาธิเพื่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง				

ความรู้สึก	บ่อยครั้ง (5-7 วัน)	ค่อนข้างบ่อย (3-4 วัน)	นานๆ ครั้ง (1-2 วัน)	ไม่เลย (น้อยกว่า 1วัน)
6. ฉันรู้สึกหดหู่ใจ				
7. ฉันรู้สึกว่าทุกๆ สิ่งที่ต้องฉันกระทำ ต้องฝืนใจทำ				
8. ฉันรู้สึกมีความหวังเกี่ยวกับ อนาคต				
9. ฉันคิดว่าชีวิตฉันมีแต่ความ ล้มเหลว				
10. ฉันรู้สึกหวาดกลัว				
11. ฉันนอนไม่ค่อยหลับ				
12. ฉันมีความสุข				
13. ฉันพูดคุยน้อยกว่าปกติ				
14. ฉันรู้สึกอ้างว้างเดียวดาย				
15. ผู้คนทุกๆ ไปไม่มีความเป็น มิตร				
16. ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน				
17. ฉันมักร้องไห้				
18. ฉันรู้สึกไม่มีความสุข				
19. ฉันรู้สึกว่าผู้คนรอบข้างไม่ ชอบฉัน				
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				

คู่มือ "การปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุ"

สารบัญ

	หน้า
1. ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและการแนะนำในการปฏิบัติตัว	100
2. ปัญหาสุขภาพทางกายและการแนะนำในการปฏิบัติตัว	
- โรคเบาหวาน	103
- โรคความดันโลหิตสูง	105
- โรคหัวใจ	106
- โรคกระเพาะ	108
- โรคไตหอบ	109
- โรคกระดูกงทวาร	110
- ท้องผูก	112
- ใช้หวัด	113
- ปวดเข่าจากข้อเข่าเสื่อม	114
- คั่นตามผิวหนัง	114
- ต้อกระจก	115
- ปวดศีรษะ	115
- ปวดหลัง	118

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และคำแนะนำในการปฏิบัติตัว

การเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นเรื่องของธรรมชาติ ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาต่างมากมาย เช่น การต้องออกจากงานประจำ การเปลี่ยนแปลงสภาพการเงินและที่อยู่อาศัย บุตรหลานจากามีครอบครัวใหม่ การตายของคู่สมรสและญาติสนิท ถ้าหากผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพที่เปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้ ชีวิตประจำวันจะดำเนินไปอย่างมีความสุข

ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี คือผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง มีความรู้สึกหรือมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น รู้จักใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเหมาะสม และเป็นผู้ที่มีความคิดรอบคอบ สามารถตัดสินใจได้เอง

คำแนะนำในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

1. ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงเมื่อย่างเข้าสู่วัยสูงอายุว่า เป็นเรื่องธรรมชาติ ทุกคนย่อมเข้าสู่วัยสูงอายุทั้งสิ้น
2. การให้ความรักและเอาใจใส่ต่อกันในระหว่างเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน จะทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่ถูกทอดทิ้งอยู่คนเดียวอย่างวิเวก
3. ทำงานอดิเรก เช่น รดน้ำต้นไม้ ปลูกผักกระถาง ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน และเห็นความสำเร็จของผลงานตนเอง เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ และบางครั้งขายได้เงินมาใช้จ่ายด้วย
4. สนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้น หาความรู้ โดยฟังวิทยุ อ่านหนังสือพิมพ์ เพื่อที่จะพูดคุยกับผู้อื่นได้และเพื่อบริหารสมองให้เสื่อมช้าลง
5. ทำหน้าที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นตามสภาพที่ทำได้ เช่น เก็บขยะในสนามหญ้า ทำความสะอาดโต๊ะเก้าอี้ เป็นต้น เพื่อสร้างความภูมิใจให้ตนเอง ไม่รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า

6. พูดคุยกับผู้สูงอายุวัยเดียวกัน เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน
7. รักษาอารมณ์ให้ดี ยิ้มแย้มแจ่มใสอยู่เป็นนิจ เพื่อให้ทุกคนอยากเข้าใกล้ และ
เคารพนับถือ
8. รู้จักยอมรับข้อบกพร่องของตนเองและพยายามแก้ไขฝึกหัด เช่น มีปัญหาเกี่ยวกับ
ข้อและกระดูก ควรเข้าร่วมกิจกรรมกายภาพบำบัด
9. มีความพึงพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ หากมีความทะเยอทะยาน หรือมีความต้องการมาก
จะเกิดทุกข์
10. เข้าร่วมกิจกรรมศาสนาโดยการถือศีล ทำจิตใจให้บริสุทธิ์ หลุดจากกิเลสโดย
 - การฟังเทศน์ เพื่อให้มีกำลังใจ มีชีวิตที่จะต่อสู้ต่อไป
 - การศึกษาธรรมะ ทำให้จิตใจสงบ ย่อมไม่เกิดทุกข์
11. รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น
12. เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของสถานสงเคราะห์ เช่น การออกกำลังกาย กายภาพบำบัด
สันทนาการ ทำให้เข้าสังคม และมีเพื่อนมากขึ้น

ปัญหาสุขภาพทางกายและการแนะนำในการปฏิบัติตัว

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเกิดจากร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลไว้ได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าปกติ จึงมีการขับถ่ายน้ำตาลออกมาทางปัสสาวะ (ระดับน้ำตาลในเลือดของคนปกติ 80 - 120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์)

อาการที่พบ

1. กระหายน้ำมาก และหิวบ่อย
2. ถ่ายปัสสาวะบ่อยและมาก
3. น้ำหนักลด
4. บวมศีรษะ, เวียนศีรษะ
5. อ่อนเพลีย, ไม่ค่อยมีแรง
6. เป็นแผล, ฝี ง่ายแต่รักษายาก
7. ชาตามมือและเท้า บวมเจ็บตามกล้ามเนื้อ
8. สายตาสั้น เป็นคือกระจก ตาพร่ามัว ต้องเปลี่ยนแว่นตาบ่อยๆ

คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

1. ควบคุมอาหาร รับประทานอาหารให้พอเหมาะกับความต้องการของร่างกาย
2. งดอาหารหวานจัดทุกชนิด เช่น ทองหยอด ฝอยทอง ขนมถ้วย หรือผลไม้ที่มีรสหวานจัด ได้แก่ ทุเรียน ขนุน ลำไย
3. งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด
4. รับประทานยาหรือฉีดยาตามแนะนำของแพทย์ และพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ
5. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่หักโหม โดยเดินวันละ 15 - 30 นาที
6. ดูแลความสะอาดของร่างกาย อย่าให้มีแผลเกิดขึ้น หากมีแผลรีบรักษาให้หายโดยเร็ว

7. ควรพกน้ำตาลก้อน ทอห่อติดตัวไว้รับประทานหากเกิดมีอาการหัวใจสั่น มือสั่น มึนงง วิงเวียน คล้ายจะเป็นลม เหงื่อออกมาก หน้าซีด
8. หมั่นตรวจสอบสุขภาพสม่ำเสมอ โดยพบแพทย์ตามเวลาที่กำหนด

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในคนไทย สามารถตรวจได้ง่าย
 แพทย์, พยาบาลวัดแรงดันของเลือด สามารถบอกได้ว่ามีความดันโลหิตสูงหรือไม่

ผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่จะแสดงอาการให้ทราบ เมื่อเป็นอยู่นาน
 (ผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ถ้ามีความดันโลหิตเกิน 160/95 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็น
 โรคความดันโลหิตสูง)

อาการที่พบ

1. บวดย่นๆ มักบวดย่นบริเวณท้ายทอย จะเป็นในตอนเช้า อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน
ตามัว
2. เหนื่อยง่าย หัวใจเต้นเร็ว หายใจไม่สะดวก โดยเฉพาะเมื่อออกกำลังกาย
3. เหนื่อยง่าย เกิดจากหัวใจรับภาวะความดันเลือดสูงต่อไปไม่ไหว

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

1. งดอาหารเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม หมูเค็ม ไข่เค็ม เต้าเจี้ยว ฯลฯ
2. งดความอ้วน (ถ้าอ้วน) โดยงดอาหารมันๆ ของทอด เช่น หมูสามชั้น ขาหมู อาหารประเภทผัด
ทอด อาหารใส่กะทิ รวมทั้งขนมหวานและผลไม้ที่มีรสหวานจัด
3. งดเหล้าและบุหรี่
4. ออกกำลังกายเป็นประจำ เช่น การเดิน การวิ่ง เล่นกีฬา
5. กินยาตามแพทย์แนะนำ
6. หลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้หงุดหงิด รำคาญ ดื่นเคียด
7. สำหรับผู้ป่วยที่กินยาขับปัสสาวะ ควรกินน้ำหรือกล้วยเป็นประจำเพื่อทดแทนน้ำและเกลือ
ที่เสียไปกับปัสสาวะ

โรคหัวใจ

โรคหัวใจที่พบได้บ่อยๆในผู้สูงอายุคือ

1. โรคหัวใจขาดเลือด

สิ่งมีชีวิตทุกชนิด เมื่อมีอายุมากขึ้น ส่วนต่างๆของร่างกายจะค่อยๆเสื่อมลง หลอดเลือดในร่างกายก็เช่นเดียวกัน โดยเฉพาะหลอดเลือดแดงที่นำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย และหัวใจ ผนังหลอดเลือดที่เคยอ่อนนุ่มและยืดหยุ่นง่ายและค่อยๆ หนาและแข็งกระด้าง เพราะมีไขมันและหินปูนไปจับมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดตีบแคบจนกระทั่งอุดตัน

อาการที่พบ

1. เจ็บหรือแน่นจุกที่หน้าอก ล้นปี คอ ขากรรไกรหรือเกิดอาการเมื่อยล้าไหล่หรือแขนทันทีในขณะที่ออกกำลังกาย หรือจากการทำอะไรที่ร้อน นั่งพักแล้วอาการดีขึ้น
2. บางครั้งมีอาการเหนื่อยหอบ ใจเต้น ๆ หยุด ๆ เต้นแรงหรืออาจเป็นลมหมดสติได้

คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด

1. งดสูบบุหรี่หรือดื่มกาแฟเกินควร
2. ผู้ที่เป็นโรคหัวใจมักเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย จึงควรรักษา

อย่างสม่ำเสมอ

3. รับประทานอาหารในปริมาณที่พอเหมาะ อย่าให้อ้วนจนเกินไป
4. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยไม่หักโหมจนเกินไป อาจเดินวันละ 15 - 30 นาที
5. ผู้ที่มีความวิตกกังวลสูงและมีจิตใจตึงเครียดอยู่เสมอ มักเป็นโรคนี้มาก จึงควรหา

เวลาพักผ่อน

6. เมื่อมีอาการที่น่าสงสัยควรพบแพทย์ เพื่อหาสาเหตุของโรค
7. ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

2. โรคหัวใจจากแรงดันเลือดสูง

ความดันเลือดสูง เกิดจากภาวะที่หลอดเลือดแดงแข็งผิดปกติ ซึ่งเกิดจากความเสื่อมตามธรรมชาติ หรือจากสาเหตุต่าง ๆ ซึ่งคล้ายกับโรคหัวใจขาดเลือด นอกจากนี้อาจเกิดจากโรคใด เนื่องมาจากต่อมหมวกไต

อาการที่พบ

1. บวมศีรษะ ตามัว เมื่อความดันเลือดสูงหัวใจต้องทำงานมากขึ้น ทำให้หัวใจโต การทำงานของหัวใจเสื่อมลง ในที่สุดเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว
2. มีอาการเหนื่อยง่าย หอบ บวม อาจทำให้หลอดเลือดในสมองตีบตัน ทำให้เกิดอัมพาตได้

คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจจากแรงดันเลือดสูง

1. ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรรับรักษา, กินยาและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ
2. หลีกเลี่ยงการเกิดภาวะความดันเลือดสูง ไม่ควรให้อ้วน ไม่กินเค็ม ออกกำลังกายเป็นประจำ
3. พยายามหาเวลาพักผ่อน คลายความตึงเครียด ทำจิตใจให้สงบ
4. เมื่อมีอาการที่สงสัย ควรพบแพทย์เพื่อหาสาเหตุของโรค

โรคกระเพาะอาหาร

โรคกระเพาะอาหารมีสาเหตุมากมาย แต่เชื่อว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมีการ
ในกระเพาะมาก และเยื่อในกระเพาะมีความอ่อนแอ

อาการที่พบ

1. ปวดท้อง มักสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร บางครั้งปวดก่อนรับประทานอาหาร
บางครั้งปวดหลังรับประทานอาหาร อาการจะปวดแน่น ปวดเสียด ปวดตื้อ ๆ มักปวดบริเวณ
สะดือขึ้นไป ส่วนมากปวดได้สัปดาห์ อาจค่อนข้างยาวหรือชวาก็ได้

2. ท้องอืด มีลมในท้อง คลื่นไส้ อาเจียน

3. ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ อาเจียนเป็นเลือด หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก และเป็นลม
ในกรณีมีเลือดออกในกระเพาะ

4. ปวดท้องและซีกอก ถ้าแผลที่กระเพาะทะลุ

คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคกระเพาะ

1. รับประทานอาหารให้เป็นเวลา อย่าปล่อยให้หิว ถ้าหิวก่อนเวลาให้กินยาลดกรด
2. หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เผ็ดจัด เปรี้ยวจัด และน้ำอัดลมทุกชนิด
3. ถ้าเครียดมากพยายามลดความเครียด หยุดทำงานชั่วขณะ ออกกำลังกายตามสมควร
4. ไม่ควรดื่มเหล้า เบียร์ กาแฟ และงาดิบหรือน้ำมัน
5. ไม่ซื้อยาชุดทานเอง
6. หากปฏิบัติตามข้อ 1 - 5 แล้ว อาการไม่ดีขึ้นควรไปพบแพทย์

โรคหิดหอบ

โรคหิดหอบไม่อาจบอกสาเหตุได้แน่นอนว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร แต่กลไกการเกิด เชื่อกันว่าเป็นลักษณะเดียวกันกับการแพ้สารบางอย่าง แบ่งการหิดหอบได้ 3 ชนิดคือ

1. เป็นผลจากการแพ้ อาจแพ้ฝุ่นละออง เกสรดอกไม้ พืชขนสัตว์หรืออื่น ๆ
2. ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ บางคนเวลาโมโห หรือเสียใจจะมี อาการหิดหอบได้
3. เกิดจากการที่มีหลอดลมอักเสบ ซึ่งเป็นผลจากการเป็นหวัด หรือเจ็บคอ ถ้าไม่รักษาภายใน 2 - 3 วัน หลังจากเกิดอาการอักเสบจะมีอาการหิดหอบตามมา

คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหิดหอบ

1. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหิดหอบ ควรพยายามรักษาให้มีสุขภาพแข็งแรง ให้ความสำคัญพักผ่อน ให้เพียงพอ ออกกำลังกายตามสมควร
2. ผู้สูงอายุที่แพ้ฝุ่นละออง เกสรดอกไม้ หรือสิ่งต่าง ๆ ถ้ารู้ควรหลีกเลี่ยงจาก สิ่งเหล่านั้น
3. หากมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ควรระวังเรื่องอารมณ์ การดึงเครียดของอารมณ์ ทำให้เกิดการหิดหอบได้
4. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหิดหอบจากการติดเชื้อ หรือการอักเสบในจมูก ลำคอ หลอดลม ต้องระวังรักษาไม่ให้เกิดการอักเสบขึ้น หรือมีการอักเสบจำเป็นต้องรีบรักษาก่อนที่จะเกิดอาการ หิดหอบ

โรคริดสีดวงทวารหนัก

ริดสีดวงทวารหนัก เป็นกลุ่มของหลอดเลือดดำบริเวณตอนปลายสุดของลำไส้ใหญ่ และของทวารหนักโป่งพองและหูด ยื่นออกมาที่เรียกว่า "หัวริดสีดวง" โรคริดสีดวงทวารหนักพบได้ในทุกเพศ ทุกวัย

อาการที่พบ

1. เลือดออกทางทวารหนัก มักเป็นเลือดสีแดงสด ออกในปริมาณเล็กน้อย อาจออกเป็นหยด ๆ หรือออกมาขณะถ่ายอุจจาระก็ได้ บางรายเลือดออกน้อยมากจนก่อให้เกิดอาการซีด อ่อนเพลีย กลายเป็นโรคโลหิตจางได้
2. มีติ่ง หรือก้อนยื่นออกมาเวลาถ่าย
3. อาการปวดบวม การอักเสบ เกิดเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน ลักษณะอาการปวดจะเป็นแบบแสบร้อนและปวดตลอดเวลาไม่เฉพาะเวลาถ่าย
4. อาการคัน เนื่องจากทำความสะอาดบริเวณทวารหนักไม่สะอาด และเยื่อทวารหนักยื่นออกมาทำให้เกิดการคันแฉะ ทำให้คันและอาจเป็นผื่นที่ผิวหนังได้

คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคริดสีดวงทวารหนัก

1. ระวังอย่าให้ท้องผูกโดยรับประทานอาหารที่มีกากมาก ๆ เช่น ผัก ผลไม้
2. ดื่มน้ำมาก ๆ และออกกำลังกายทุกวัน เพื่อให้ลำไส้เคลื่อนไหว และช่วยให้โลหิตไหลเวียนดีขึ้น
3. พยายามอย่ากลั้นหรือเบ่งอุจจาระ
4. หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด อาหารที่มีเครื่องเทศมาก เหล้า เบียร์ จะทำให้เกิดการระคายเคือง และปวดแสบเวลาถ่ายอุจจาระ

5. อย่าใช้ยาถ่ายหรือยาระบายอย่างแรง จะทำให้เกิดการระคายเคืองมากขึ้น
ควรใช้เมื่อแพทย์แนะนำเท่านั้น
6. ใช้ยาตามแพทย์สั่งให้ถูกต้อง

โรคท้องผูก

ท้องผูกเป็นลักษณะของการมีอุจจาระตกค้างในลำไส้ให้อยู่นานกว่าปกติ (ปกติอุจจาระจะตกค้างในลำไส้ใหญ่ได้นาน 12 - 72 ชั่วโมง) หรือถ่ายอุจจาระแข็งกว่าปกติ แม้จะถ่ายทุกวัน

คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุที่ท้องผูก

1. ควรถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ไม่ควรรีบร้อนจนเกินไป ควรตื่นเช้าและเข้าห้องน้ำก่อนไปปฏิบัติภารกิจประจำวัน
2. ไม่ควรอดกลั้นการถ่ายอุจจาระ เมื่อปวดอุจจาระรีบเข้าห้องน้ำทันที
3. ควรรับประทานอาหารที่มีกากมากๆ เช่น ผัก ผลไม้
4. ดื่มน้ำมาก ๆ และออกกำลังกายสม่ำเสมอ
5. รับประทานอาหารให้เป็นเวลา ทานให้น้ำย่อยหลังออกมาได้สม่ำเสมอ หากเกิดการย่อยน้อย ทำให้ท้องผูกได้
6. ไม่เครียด หรือวิตกกังวลจนเกินไป

ใช้หวัด

คนเราจะเป็นไข้หวัดได้ เนื่องจากร่างกายอ่อนแอ และได้รับเชื้อไวรัสเข้าสู่ทางเดินหายใจ ทำให้มีการอักเสบของทางเดินหายใจส่วนต้น คือ จมูกและคอ ถ้าเป็นหวัดธรรมดา ไม่มีโรคแทรกซ้อนจะหายได้เองภายใน 5 - 7 วัน

อาการที่พบ

1. มีไข้ต่ำ ๆ ตัวร้อนหรืออาจไม่มีไข้เลยก็ได้
2. คัดจมูก มีน้ำมูก
3. ไอ จาม มีน้ำมูก
4. อาการอื่น ๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดหัว ปวดเมื่อยตามตัว

คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นไข้หวัด

1. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผลไม้ เนื้อสัตว์ ไข่ ผัก เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง และควรดื่มน้ำมาก ๆ
2. หลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย
3. รักษาร่างกายให้อบอุ่นหลีกเลี่ยงอากาศเย็น
4. พักผ่อนให้เพียงพอ
5. งดเหล้า และบุหรี่
6. เวลาที่มีไข้ ต้องดื่มน้ำมาก ๆ รับประทานยาลดไข้

ปวดเข่าเนื่องจากข้อเข่าเสื่อม

ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปไม่ว่าหญิงหรือชายที่มีน้ำหนักตัวมาก มักพบว่ามีอาการปวดเข่า

คำแนะนำเพื่อป้องกันมิให้ข้อเข่าเสื่อมเร็วเกินไป

1. ลดน้ำหนักตัว ควรรักษารูปร่าง ไม่ให้อ้วนเกินไป
2. หลีกเลี่ยงการยืนเดินนานจนเกินไป ควรหลีกเลี่ยงการขึ้นบันได
3. หลีกเลี่ยงการนั่งคุกเข่า หรือนั่งยอง ๆ
4. ไม่ควรยกของหนัก
5. บริหารกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ โดยนั่งอเข่าบนเก้าอี้สูง แล้วเหยียดปลายขา
ขึ้นลงบ่อย ๆ โดยทำทีละข้าง
6. นอนใช้หมอนหนุนใต้เข่า ให้เข่ากดหมอนต่ำลง เท้าเหยียดออกไป ทาสลับไปมา
7. ร่วมกิจกรรมกายภาพบำบัดของสถานสงเคราะห์

คันตามผิวหนัง

คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุที่คันตามผิวหนัง

1. รักษาความสะอาดของผิวหนัง หลีกเลี่ยงการถูแสงแดดจ้า
2. หลีกเลี่ยงการเกา การถูแรง ๆ
3. ใช้ครีมป้องกันผิวแห้ง ทาบนผิวหนังให้เกิดความชุ่มชื้น
4. หากมีบาดแผล ควรทายาใส่และขอคำแนะนำจากแพทย์

ข้อควรระวัง

ข้อควรระวังเป็นโรคตาที่เป็นกันมากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ

คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นข้อควรระวัง

1. ระวังอย่าให้หกล้มหรือศีรษะได้รับความกระทบกระเทือน เพื่อป้องกันประสาทตาได้รับอันตราย
2. ถ้ามีอาการที่บ่งถึงมีโรคแทรกซ้อน เช่น ปวดหัว ปวดตามาก คลื่นไส้ อาเจียน ตามัวโดยเฉพาะ ตอนบ่ายหรือพลบค่ำ ควรรีบปรึกษาแพทย์
3. ห้ามใช้ยาหยอดตาใดๆ ทั้งสิ้น นอกจากจักษุแพทย์แนะนำ
4. ข้อควรระวังที่รักษาโดยหมอเถื่อน จะมีโรคแทรกซ้อนตามมา เช่น ต้อหิน ม่านตาอักเสบ สุดท้ายอาจสูญเสียตาได้
5. มาตรวจตามแพทย์นัด

ปวดศีรษะ

อาการปวดศีรษะเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด ทุกคนเคยปวดมาแล้วทั้งนั้นอาการที่พบบ่อยมีดังนี้

1. ปวดศีรษะข้างเดียว

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด มีผู้ศึกษาว่าเกิดจากการหดตัว และขยายตัวของหลอดเลือดแดงในสมอง ลักษณะอาการปวดจะปวดตุบ ๆ เป็นระยะ ๆ ก่อนปวดจะมีอาการ คือ อาจเห็นภาพซ้อน พูดลำบาก ต่อมาจะเริ่มปวดศีรษะ อาจมีอาการของทางเดินอาหารร่วมด้วย

เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ตำแหน่งบริเวณที่ปวดคือขมับ อาการปวดจะเริ่มปวดในตอนเย็น และบ่าย ตอนเช้าจะรู้สึกสบายดี

2. ปวดศีรษะจากอารมณ์และความเครียด

อาจเกิดจากการใช้ความคิดมาก มีปัญหาซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เช่น ปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจ เพื่อนร่วมงาน ปัญหาทางเพศ จะปวดคือ ทั่วรอบศีรษะ หายทอย ขมับ มีอาการเหมือนมีผ้าปิดตลอดเวลา อาการปวดจะเป็นตอนปลายหลังจากทำงาน ผู้ที่ปวดศีรษะแบบนี้จะเป็นคนที่มุ่งหวังความสำเร็จสูง ใช้อายและกลัว

3. ปวดศีรษะจากความดันเลือดสูง

ลักษณะการปวดจะปวดคือ ทั่วตลอดเวลาจะเป็นมากเวลาตื่นนอน กลางวันอาการปวดจะทุเลาลงหรืออาจปวดขณะไอ จาม เบ่งอุจจาระ เพราะทำให้ความดันในกระโหลกศีรษะสูงขึ้นชั่วคราว ถ้าปวดรุนแรงอาจมีอาเจียนร่วมด้วย อาจมีตามัวก่อน ตำแหน่งที่ปวดคือบริเวณขมับ หายทอย

4. ปวดศีรษะเนื่องจากสายตาดัดปกติ

ลักษณะอาการปวดจะปวดมาก เวลาใช้สายตามองไกลหรือมองใกล้ไม่ชัด ปวดข้างเดียว ตื้อๆ รุนแรงตาแดง ตามัว ตาพร่า ตำแหน่งที่ปวดคือบริเวณกระบอกตา หรือบริเวณหน้าผากและขมับ เกิดจากใช้สายตานานเกินไป เช่นอ่านหนังสือนาน สายตาสั้น สายตายาว สายตาเอียง

5. ปวดศีรษะเนื่องจากสาเหตุอื่น ๆ

เช่น จากไข้หวัด โพร่งจมูกอักเสบ โรคฟันที่รากฟัน เยื่อบุสมองอักเสบ สมองอักเสบ

คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุที่ปวดศีรษะ

1. ถ้ามีอาการปวดรุนแรง ให้รับประทานยาแก้ปวด
2. ลดความเครียดในการทำงาน โดยการพักผ่อนให้เพียงพอ
3. พยายามลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อลง เช่น ออกกำลังกายทุกวัน หรือใช้กระเป๋าน้ำร้อนวางบริเวณที่ปวด จะช่วยให้กล้ามเนื้อลดความตึงเครียดลงได้
4. หาสาเหตุของปัญหาที่ทำให้ปวดศีรษะ อาจแก้ปัญหาด้วยตนเองหรือขอความช่วยเหลือจากผู้ที่ตนไว้วางใจ โดยระบายความรู้สึกไม่สบายใจและขอแนวทางการแก้ปัญหา
5. พบแพทย์และรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์

ปวดหลัง

ปวดหลังเป็นอาการแสดงออกถึงการเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลัง หรืออาการแสดงของโรคได้หลายอย่างคือ

1. การเสื่อมสภาพของหมอนรองกระดูกสันหลัง
2. การเสื่อมสภาพของเส้นเอ็นที่ยึดกระดูกสันหลัง
3. การเสื่อมสภาพของกล้ามเนื้อที่ช่วยพยุงสันหลัง
4. การเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลังเอง
5. การนั่ง ยืน ตลอดจนการเคลื่อนไหวของหลังในอิริยาบถต่าง ๆ ไม่ถูกต้อง
6. การอักเสบและการติดเชื้อ เช่น โรคข้อสันหลังอักเสบ วัณโรคของกระดูกสันหลัง

เป็นต้น

7. นิ้วของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น นิ่วในไต ก็อาจมีอาการปวดหลังได้
8. จากอุบัติเหตุ หรือการบาดเจ็บ

คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุที่ปวดหลัง

1. ระวังอย่าให้อ้วน หรือมีน้ำหนักตัวมากเกินไป
2. ควรระวังการใช้ท่าทางต่างๆ ในชีวิตประจำวันให้ถูกต้อง เช่น การยืน การนั่ง ฯลฯ

ท่ายืนที่ถูกต้อง ยืนให้น้ำหนักตัวค่อนมาทางส้นเท้า เขม่วท้อง ออกผาย ไหล่ผึ่ง ซึ่งจะช่วยให้ส่วนหลังบริเวณกระเบนเหน็บแอ่นน้อยที่สุด

ท่านั่งที่ถูกต้อง นั่งให้สันหลังตรงหรือแอ่นน้อยที่สุด ที่นั่งต้องรองรับก้นและโคนขาไว้ทั้งหมด ความสูงต้องพอดีที่ฝ่าเท้าวางเต็มกับพื้น

ท่านอนที่ถูกต้อง ก็นอนควรจะแน่น ไม่ควรรู้ที่นอนพองน้ำ หรือเตียงสปริง เพราะหลังจะจมลงไป ทำให้กระดูกสันหลังแอ่นมากและปวดหลังได้ ไม่ควรนอนคว่ำ เพราะจะทำให้กระดูกสันหลังแอ่นมากที่สุด โดยเฉพาะบริเวณเอว ทำให้ปวดหลังได้

นอนหงายให้ถูกวิธี การนอนหงายหลังจะแอ่น ทำให้ปวดหลังได้ ควรใช้หมอนใบใหญ่หนุนใต้ขา จะช่วยให้กระดูกสันหลังแบนราบและควรมีหมอนรองรับบริเวณคอด้วย

นอนตะแคง เป็นท่านอนที่ดี ควรนอนให้ขาสร้างเหยียดตรง แขนงอ สะโพกและเข่ากอดหมอนข้างไว้

3. ควรออกกำลังกายและบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อ และเพื่อยืดกล้ามเนื้อที่หดตัวอยู่ เช่น กล้ามเนื้อบริเวณหลัง หน้าท้อง สะโพก ขาและโคนขา ด้านหลัง เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อขลอการเสื่อมของกระดูกสันหลัง

ลักษณะของประชากรที่ใช้ศึกษา

1. เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ประเภทสามัญ เป็นผู้ที่แพทย์ลงความเห็นว่ามีอาการหลงลืม ไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง สามารถทำวิจัยได้ จำนวน 131 คน แบ่งตามช่วงอายุได้ดังนี้

ช่วงอายุ	60 - 69 ปี	70 - 79 ปี	80 ปีขึ้นไป
จำนวน	26	63	42

2. ให้ผู้สูงอายุทั้ง 131 คน ทำแบบสอบถามวัดความซึมเศร้า The CES-Scale โดยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล ผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้า มีจำนวน 91 คน แบ่งตามช่วงอายุได้ดังนี้

ช่วงอายุ	60 - 69 ปี	70 - 79 ปี	80 ปีขึ้นไป
จำนวน	14	44	33

3. ทำการสุ่มผู้สูงอายุที่มีความเข้มเครือในแต่ละช่วงอายุมาช่วงอายุละ 50%
ทำการแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละเท่าๆกัน ได้ดังนี้

ช่วงอายุ	60 - 69 ปี	70 - 79 ปี	80 ปีขึ้นไป
จำนวน	4	11	9

4. ช่วงอายุที่ใช้ อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 93 ปี จึงแบ่งช่วงอายุดังนี้

- ช่วงอายุ 60-69 ปี

- ช่วงอายุ 70-79 ปี

- ช่วงอายุ 80-93 ปี

แต่เขียนงานการวิจัยว่าช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป

ค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนของคะแนนความเข้มเศร้าก่อนการทดลอง

คะแนนดิบ pre - test

ช่วงอายุ	60-69 ปี		70-79 ปี		80 ปีขึ้นไป	
กลุ่มทดลอง	x_1	x_1^2	x_2	x_2^2	x_3	x_3^2
	18	324	26	676	26	676
	19	361	32	1024	18	324
	28	784	39	1521	35	1225
	24	576	39	1521	18	324
			21	441	35	1225
			16	256	23	529
			23	529	28	784
			16	256	36	1296
			21	441	18	324
			17	289		
			33	1089		
	89	2045	283	8043	237	6707

ช่วงอายุ	60-69 ปี		70-79 ปี		80 ปีขึ้นไป	
กลุ่มควบคุม	26	676	25	625	42	1764
	18	324	19	361	23	529
	30	900	35	1225	34	1156
	30	900	43	1849	18	324
กลุ่มควบคุม			18	324	24	576
			18	324	33	1089
			17	289	29	841
			26	676	40	1600
			18	324	16	256
			16	256		
			26	676		
	104	2800	261	6929	259	8135

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนของคะแนนความแตกต่างของคะแนนความซึมเศร้า
ก่อนการทดลอง

ช่วงอายุ	60-69 ปี		70-79 ปี		80 ปีขึ้นไป	
	$\bar{X}_1$	S^2_1	$\bar{X}_2$	S^2_2	$\bar{X}_3$	S^2_3
กลุ่มทดลอง	22.25	21.58	25.72	76.21	26.33	58.25
	n=4		n=11		n=9	
กลุ่มควบคุม	26	32	23.72	73.61	28.77	85.19
	n=4		n=11		n=9	

ตารางแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลของคะแนนก่อนการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
รวม	2986.32	47			
ระหว่างกลุ่ม	179.63	5			
ช่วงอายุ	-2138.37	2	-1069.18	-.92	>.05
กลุ่มทดลอง, กลุ่มควบคุม	4.69	1	4.69	.004	>.05
ปฏิสัมพันธ์	2313.38	2	1156.65	17.31	<.01
ความคลาดเคลื่อน	2806.69	42	66.82		

df=2,42 α = .01 F=5.16

คะแนนดิบความแตกต่างของคะแนน pre-post test

ช่วงอายุ	60-69 ปี		70-79 ปี		80 ปีขึ้นไป	
กลุ่มทดลอง	2	4	21	441	10	100
	10	100	25	625	4	16
	15	225	19	361	14	196
	6	36	19	361	4	16
			14	196	7	49
			1	1	12	144
			13	169	14	196
			5	25	23	529
			5	25	6	36
			2	4		
			11	121		
รวม	33	365	135	2329	94	1282

ช่วงอายุ	60-69 ปี		70-79 ปี		80 ปีขึ้นไป	
กลุ่มควบคุม	-2	4	9	81	-4	16
	2	4	2	4	-2	4
	2	4	1	1	-2	4
	0	1	3	9	3	9
			-1	1	-4	16
			-1	1	3	9
			1	1	0	1
			2	4	2	4
			1	1	-2	4
			-6	36		
กลุ่มควบคุม			-2	4		
รวม	2	13	9	143	-6	67
	35	378	144	2472	88	1349

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาว สมหมาย จันดี

เกิดวันที่ 9 สิงหาคม 2509

สถานที่เกิด จังหวัด นครสวรรค์

สถานที่อยู่ปัจจุบัน 361/4 ถ. ศรีอยุธยา เขตราชเทวี กทม 10400

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน พยาบาลประจำการ

สถานที่ทำงานปัจจุบัน รพ.พญาไท 1 ถ. ศรีอยุธยา เขตราชเทวี กทม 10400

ประวัติการศึกษา

พศ. 2526 มัธยมศึกษาปีที่ 5 จากโรงเรียนสตรีนครสวรรค์ อ.เมือง จ.นครสวรรค์

พศ. 2530 พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บางแสน

พศ. 2537 การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประธานมิตร