

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

กาญจนา พิบูลย์ และคณะ

16 ส.ค. 2554

284366

คลังวิทยุ

21 เม.ย. 2554

ผลงานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2551

ประกาศคุณูปการ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่าง ๆ อย่างดียิ่งจาก ผศ. ดร. รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์และ ผศ. ดร. วารี กังใจ อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ได้แก่ รศ. ดร. อนงค์ วิเศษสุวรรณ และ ผศ.ดร. รพินทร์ ฉายวิมล คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผศ.ดร. สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์ ที่ปรึกษาโครงการ EIP มหาวิทยาลัยบูรพา พญ. มยุรี พิทักษ์ศิลป์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พญ. ชรรมิกา เทพพาที จิตแพทย์ประจำศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอขอบคุณ รศ.ดร. ไพรัตน์ วงษ์นาม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และอาจารย์เพ็ญภา อุ่นสนิท อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำปรึกษาด้านสถิติการวิจัย ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้ว ตราด และ ชลบุรี ที่ให้การสนับสนุนในการเก็บข้อมูลการวิจัยตลอดจน ผศ. กชพร สิงห์หล้า คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อาจารย์จุฑามาศ แหนจอณ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูลการวิจัย ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติที่เป็นผู้อนุมัติทุนวิจัย

สุดท้ายนี้คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย ซึ่งคณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลงานวิจัยครั้งนี้จะนำมาซึ่งประโยชน์ต่อผู้สูงอายุไทยและผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของประเทศต่อไป

คณะผู้วิจัย
ธันวาคม 2552

- ชื่อเรื่อง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
- หัวหน้าโครงการวิจัย : กาญจนา พิบูลย์
- ผู้ร่วมวิจัย : ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์
Bonnie Callen
เวธกา กลิ่นวิจิต
พวงทอง อินใจ
คณิงนิจ อุติมาศ
- สาขา : วิทยาศาสตร์การแพทย์ กลุ่มวิชาพยาบาลศาสตร์
- ทุนอุดหนุนการวิจัย : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2551
- คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, การสนับสนุนทางสังคม, ความว้าเหว่, การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน, การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว, ความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์(Correlation Study Designs) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 524 คน สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี ไม่มีปัญหาเรื่องภาวะสมองเสื่อมหรือความจำเสื่อม โดยผู้สูงอายุประเมินความจำเสื่อมหรือการเสื่อมของสมองตามแบบประเมิน Chula Mental Test (CMT) และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในงานวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว แบบสัมภาษณ์ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Chula ADL) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม (PRQ-85) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน (PSS) แบบสัมภาษณ์ความว้าเหว่ (The Loneliness Scale) และแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) และสเปียร์แมน (Spearman rho Correlation) และสมการพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 51.7 รองลงมา มีระดับภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 22.1 และรุนแรงร้อยละ 8.6 ตามลำดับและมีเพียงร้อยละ 17.6 ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม รายได้ และ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = -.252, -.405, -.163, -.307$ ตามลำดับ $P < .01$) ในขณะที่ประวัติ
ภาวะซึมเศร้าในครอบครัว ความว่าเหว และการรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์
ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .260, .537, .471$ ตามลำดับ $P < .01$)
นอกจากนี้ยังพบว่า ความว่าเหว การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม
ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวันเป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 49.6 ($R^2 = .496, P < .01$)
โดยความว่าเหวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุด รองลงมาได้แก่ การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน
การสนับสนุนทางสังคม ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ และ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) = .341,
.217, -.205, .177, -.142 และ -.142 ตามลำดับ

Title: Factors Related to Depression Among Older Adults

Researchers: Miss. Kanchana Piboon
Dr. Pornpat Haengudomsub
Associate Prof. Dr Bonnie Callen
Mrs. Wethaka Klinwichit,
Miss. Paungtong Inchai
Miss. Kanungnij Usimat

Concentration: Health Science and Nursing Group

Grant: The Office of the National Research Council of Thailand

ABSTRACT

The objectives of this study were to examine depression among older adults and to study the factors related to depression among older adults in the Eastern Region of Thailand. The sample was 524 older adults aged from 60 years and over, who were good communicators, had no cognitive impairment as assessed by using the Chula Mental Test (CMT), and volunteered to participate in this study.

Multistage random sampling was used to select the sample. The instruments were a structure interview and questionnaires. Data were collected by the researchers' team in their home and at the community health care center. Descriptive statistics, pearson product moment correlation, spearman rho correlation and stepwise multiple regression were used in the data analysis.

The results revealed that 51.7 % of older adults had a mild depressive score, 22.1 % a moderate depressive score, and 8.6 % had severe depressive score. In addition, perceived health status, social support, income, and functional health status were negatively associated with depression ($r = -.252, -.405, -.163, -.307$ respectively, $p < .01$) while family history of depression, loneliness and perceived stress were positively associated with depression ($r = .260, .537, .471$ respectively, $p < .01$). Finally, loneliness, perceived stress, social support, family history of depression, perceived health status, and functional health status, were significant factors that combined to account for 49.6 % ($R^2 = .496, p < .01$) of variation in depression among older adults. Loneliness was found to be the most influential factor in predicting depression among the older adults.

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย | ข |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | ง |
| สารบัญ | จ |
| สารบัญตาราง | ช |
| บทที่ | |
| 1 บทนำ | |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย | 4 |
| ขอบเขตของการวิจัย | 5 |
| ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย | 5 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย | 5 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ | 6 |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย | 7 |
| 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | |
| * แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ | 8 |
| * แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า | 17 |
| ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า | 33 |
| ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรส และรายได้ | 33 |
| การรับรู้ภาวะสุขภาพ | 35 |
| ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว | 37 |
| การสนับสนุนทางสังคม | 37 |
| ความเครียดในชีวิตประจำวัน | 45 |
| ความว้าเหว่ | 49 |
| ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน | 56 |

สารบัญ (ต่อ)

| บทที่ | หน้า |
|----------|--|
| 3 | วิธีดำเนินการวิจัย |
| | ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 58 |
| | เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 60 |
| | การหาคุณภาพเครื่องมือ 64 |
| | การเก็บรวบรวมข้อมูล 65 |
| | การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย 67 |
| 4 | ผลการวิจัย |
| | ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 69 |
| | ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มผู้สูงอายุ |
| | จำแนกตามปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 73 |
| | ส่วนที่ 3 ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 74 |
| | ส่วนที่ 4 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ 75 |
| | ส่วนที่ 5 ระดับความหว้าวในผู้สูงอายุ 76 |
| | ส่วนที่ 6 ระดับการรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ 77 |
| | ส่วนที่ 7 ระดับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ 78 |
| | ส่วนที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับ |
| | ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 79 |
| | ส่วนที่ 9 การวิเคราะห์สมการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 82 |
| 5 | สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ |
| | สรุปผลการวิจัย 86 |
| | อภิปรายผลการวิจัย 87 |
| | ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป 98 |

สารบัญ (ต่อ)

| บทที่ | หน้า |
|--------------------|------|
| บรรณานุกรม | 100 |
| ภาคผนวก | |
| ภาคผนวก ก | 117 |
| ภาคผนวก ข | 119 |
| ภาคผนวก ค | 131 |
| ประวัติคณะผู้วิจัย | 135 |

สารบัญตาราง

| | หน้า |
|---|------|
| ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มผู้สูงอายุ | 69 |
| ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ | 73 |
| ตารางที่ 3 ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามช่วงคะแนนภาวะซึมเศร้า | 74 |
| ตารางที่ 4 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ | 75 |
| ตารางที่ 5 ช่วงคะแนน จำนวนร้อยละของคะแนนความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ | 76 |
| ตารางที่ 6 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนการรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน ของผู้สูงอายุ | 77 |
| ตารางที่ 7 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ | 78 |
| ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rho Correlation) ระหว่างสถานภาพสมรส การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ | 79 |
| ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson Correlation) ระหว่างความว้าเหว การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ | 80 |
| ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับ ตัวแปรเกณฑ์คือภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ | 82 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันพบว่าโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก และเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา ในประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมาจำนวนประชากรผู้สูงอายุนั้นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทยผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปพบว่ามีในปี พ.ศ. 2545 มีจำนวนถึง 5.79 ล้านคน และเพิ่มมากขึ้นถึง 6.82 ล้านคนในปีพ.ศ. 2550 และคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2553 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 8.26 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2548 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) และในปี พ.ศ. 2563 ประชากรผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 15 หรือประมาณ 10 ล้านคน (Jitapunkul et al., 2001) ส่วนที่เพิ่มมากขึ้นนี้เกิดจากอัตราการตายที่ลดลง และอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยที่มีแนวโน้มยืนยาวมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2550 ผู้สูงอายุเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 79 ปี และในเพศหญิง 81 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

จากปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทำให้จำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมของชาติทำให้โครงสร้างครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงโดยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ในปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนครอบครัวเดี่ยวมากถึงร้อยละ 67.58 และจำนวนครอบครัวขยายมีเพียงร้อยละ 26.25 (Phananiramai, 1995) อีกทั้งบทบาทของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไป ประชากรในวัยแรงงานได้ย้ายถิ่นฐานเข้าไปทำงานในเมืองมากขึ้น และผู้หญิงซึ่งปกติจะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องเข้าสู่กลุ่มแรงงานมากขึ้นทำให้ ผู้สูงอายุต้องอยู่ว้าเหว่และ เกิดการขาดแคลนผู้ดูแล ผู้สูงอายุเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย จากการเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อีกทั้งเมื่อเข้าสู่วัยชราผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อการดำรงชีวิตในบั้นปลายของชีวิต ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุเป็นการพัฒนาไปในทางเสื่อมถอย กล่าวคืออวัยวะต่าง ๆ เสื่อมลง การทำกิจวัตรประจำวันมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและอาจต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายหรือโรคเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งนักวิจัยหลายท่านได้รายงานว่าร้อยละ 86 ของผู้สูงอายุเผชิญกับปัญหาของโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุมีโอกาสเผชิญกับปัญหาทางด้านจิตใจเช่นกัน จากการศึกษาของ

กิบสัน (Gibson, 1991) พบว่า ร้อยละ 70 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและต้องมีการเจ็บป่วยอย่างน้อย หนึ่งโรค ที่ต้องเผชิญในชีวิตผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและทางสังคม ของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาของการสูญเสียในช่วงชีวิต เช่น การเจ็บป่วยทางกาย การสูญเสียบุคคลที่รัก และการที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ลำพัง สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมนั้นผู้สูงอายุบางคนอาจสูญเสียอาชีพ การงานเพราะผู้สูงอายุบางคนได้เกษียณอายุ สูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ อาจมีสภาวะความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานลดลง สูญเสียบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัวกลับกลายมาเป็นผู้พึ่งพิงอาศัย ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวมาข้างต้นอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับ รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งและหมดความสำคัญและถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างง่ายดาย

ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบได้บ่อยเมื่อเทียบกับในวัยอื่น ๆ อาการและการแสดงออกของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าพบว่ามีความคิดปessimistic ทางอารมณ์ พฤติกรรม และการรับรู้ และอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางกายร่วมด้วย และผลลัพธ์จากการเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้านั้นส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว สังคม และชุมชน อาทิเช่น ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่ง ค่ารักษามีราคาค่อนข้างสูง จากการศึกษาของ ฮู เท เวย (Hu The-Wai, 2004) ที่ได้ศึกษาเรื่องนโยบายเกี่ยวกับการชดเชย และภาระค่าใช้จ่ายของภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มประเทศเอเชียแปซิฟิก ผลการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายโดยรวมของการรักษาภาวะซึมเศร้าในประเทศออสเตรเลีย ในปี ค.ศ 1997 ถึง 1998 สูงถึง 1.8 พันล้านดอลลาร์ และในประเทศไต้หวัน ค่าใช้จ่ายโดยรวมของการรักษาภาวะซึมเศร้าในปี ค.ศ 1994 สูงถึง 1.4 พันล้านดอลลาร์ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่เจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65 ขึ้นไป มีอัตราการเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่าในทุกกลุ่มอายุ และกลุ่มที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป (Beautrais, 2002; Kinsella & Velkoff, 2001) ขณะที่สถิติการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีอายุระหว่าง 60 ถึง 65 ปี ในปี พ.ศ. 2540 พบว่ามีอัตราสูงถึง 12.4 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มสูงขึ้นถึง 21.1 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2544 (Department of Mental Health, 2006) และช่วงอายุที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุดคือ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.2 แม้ว่าภาวะซึมเศร้านั้นไม่ใช่ผลลัพธ์ที่เกิดจากการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุแต่ผู้สูงอายุที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Blank et al., 2001; Pearson & Brown, 2000; WHO, 2001).

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ทั่วโลกให้ความสนใจ องค์การสหประชาชาติรายงานถึงสถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นในทุกทวีป (Franks & Faux, 1990) และได้คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัญหาที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการตายในอันดับที่สองของประชากรโลก รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (Murray & Lopez, 1996)

จากการทบทวนการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ผ่านมาพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยระหว่างร้อยละ 2.6 ถึง 10.6 (Chiu, Edmond, 2004; Hasin, Goodwin, Stinson, & Grant, 2005; Kessler et al., 2005; Lee et al., 2007; Williams, Gonzalez, & Neighbors, 2007) จากการทบทวนการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาอย่างเป็นระบบในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีสูงถึงร้อยละ 13.5 (Beekman et al., 1999) ขณะที่ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยระหว่างร้อยละ 11 ถึง 23 (Koenig, Meador, Cohen, & Blazer, 1988) และจากการศึกษาในสถานรับดูแลผู้สูงอายุพบว่าร้อยละ 12.4 ของผู้สูงอายุมีอาการของภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงและร้อยละ 30.5 มีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการระดับเล็กน้อย (Parmellee, Katz, & Lawton, 1989)

สำหรับในประเทศไทยนั้นภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในอนาคตอันใกล้ จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งในโรงพยาบาลและอาศัยในชุมชนที่ผ่านมาพบว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยนั้นอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 12.8 ถึง 84.8 (Charoenkhum, 1992; Jantarapat et al., 2004; Jitapunkul, Chayowan & Yortphet., 2002; Linsuwanont, 2000; Pichai, 2003; Pinyopornpanish et al., 2003; Sukhatunga, 1999; Thavichachat et al., 1990; Thaweboon & Peachpansri, 1999; Thongtang et al., 2002) และจากรายงานสถิติของผู้ที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยนั้นในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2540 - 2544 อัตราการเจ็บป่วยค่อนข้างที่ไมคงที่มีการเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ จากการรายงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีเพิ่มมากขึ้น จาก 56.22 ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ 2540 และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วถึง 130.6 ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ 2543 และลดลงเล็กน้อย 95.23 ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ 2544 (Department of Mental Health, 2006)

ในปัจจุบันแม้ว่าภาวะซึมเศร้าจะถูกยอมรับว่าเป็นปัญหาภาวะสุขภาพจิตทั้งของหน่วยงานราชการและจากบุคลากรทางด้านสุขภาพของประเทศ แต่การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่าเป็นการศึกษาแบบแยกส่วน และไม่ครอบคลุมปัจจัยที่เป็นสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั้ง 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านชีวจิตสังคม (Biopsychosocial) จากการทบทวนวรรณกรรมระหว่าง ปี 2531 ถึง 2550 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้น มีหลายปัจจัยเช่น เพศ สถานภาพสมรส ระดับ

การศึกษา การมีอาชีพ รายได้ สภาวะความเจ็บป่วย สถานภาพของสุขภาพทางกาย การขาดการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญกับภาวะสูญเสีย การสูญเสียรายได้ และสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Charoenkhum,1992; Khanthawichai, 2001; Linsuwanont, 2000; Sartra, 1988; Siripanich et al., 1988 Sukhatunga et al., 1999 ; Thavichachat et al., 1990; Vichitragoonthavorn, 2002)

อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมามีผลการศึกษาที่ค้นพบมักจะอ้างอิงปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในบริบทของวัฒนธรรมในประเทศทางตะวันตก ซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยนั้นน่าจะมีความแตกต่างกันเนื่องจากบริบทของวัฒนธรรมของประเทศไทยที่ต่างกัน นอกจากนี้ยังเป็นการศึกษาที่จำกัดอยู่ในบางพื้นที่ เช่น ในบางเขตของกรุงเทพมหานคร บางอำเภอหรือบางจังหวัดในภาคใต้ ภาคเหนือตอนล่าง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำให้ผลการศึกษาที่ผ่านมานั้น อาจไม่สามารถนำมาอธิบายถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่แท้จริงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทยได้ อีกทั้งการศึกษาในประเทศไทยโดยเฉพาะในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีเพียงการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดชลบุรีเท่านั้น ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้าที่บ้าน และชุมชน อีกทั้งผลการวิจัยที่ได้รับสามารถนำไปใช้ในการจัดโครงการหรือกิจกรรมในการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุอีกด้วย เพื่อเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของรัฐบาลในการรักษาภาวะซึมเศร้าที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีราคาสูง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ได้แก่ รายได้ สถานภาพสมรส การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว ความหวาด การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงใต้แก่ จังหวัด ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ฉะเชิงเทรา นครนายก และปราจีนบุรี จำนวน 547 คน สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี ไม่มีปัญหาเรื่องภาวะสมองเสื่อมหรือความจำเสื่อมโดยผู้สูงอายุประเมินความจำเสื่อมหรือการเสื่อมของสมองตามแบบประเมิน Chula Mental Test (CMT) และมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า

ตัวแปรต้น คือ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความไว้วางใจ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 8 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศไทย ในช่วงเดือน กันยายน – ธันวาคม 2551

รายได้ หมายถึง รายได้ของผู้สูงอายุที่ได้รับในปัจจุบัน

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพที่ผู้สูงอายุดำรงในปัจจุบัน

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกและความคิดของผู้สูงอายุที่มีต่อสุขภาพกายและจิตใจโดยรวมของตนเองในปัจจุบันโดยการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับใด

ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว หมายถึง ข้อมูลที่ผู้สูงอายุตอบคำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัวโดยครอบคลุมญาติสายตรงทุกคนตั้งแต่ พ่อ แม่ พี่น้องร่วมสายโลหิต รวมทั้งปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น

ความเครียดในชีวิตประจำวัน หมายถึง ความรู้สึกที่ประเมินสถานการณ์การในชีวิตประจำวันว่าเป็นอันตราย คุกคามหรือทำลายต่อความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตเป็นการประเมินตัดสินโดยการรับรู้ว่าสถานการณ์นั้นเกินขีดความสามารถที่ตนเองจะต้านทานได้โดยประเมินจากแบบวัดความเครียดของ โคเฮน แคมาร์ช และเมลสไตน์ (Cohen, Kamarch, & Mermelstein, 1983)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ของบุคคลทางสังคมที่จะดำรงและ รักษาไว้ซึ่งความผาสุกทางด้านจิตใจจากแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ การได้รับความรักใคร่

ผูกพัน การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้ช่วยเหลือผู้อื่น ประโยชน์ต่อบุคคลอื่น และการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำด้านต่าง ๆ โดยสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของไวเนอร์ทและทิวเดน (Weinert & Tilden, 1990)

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หมายถึงความสามารถของผู้สูงอายุทางการประกอบกิจวัตรประจำวันอย่างง่าย ๆ ด้วยตนเอง โดยใช้แบบวัดดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Chula Bathel ADL index)

ความว้าเหว่หมายถึง ประสบการณ์ส่วนตัวและประสบการณ์ทางลบ และเป็นผลลัพธ์ของการรับรู้จากการประเมินความสอดคล้องของ ความสัมพันธ์ที่มีอยู่ทั้งในด้านปริมาณและด้านคุณภาพกับมาตรฐานของความสัมพันธ์ ประเมินโดยใช้แบบวัด ความว้าเหว่ (The Loneliness Scale) ของ จีเออร์เวลด์ และคณะ (Gierveld & Tilburg, 1999)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจของผู้สูงอายุที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมทั้งความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ต่ำหีนตนเอง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของทางด้านอารมณ์ ด้านความคิดและการรับรู้ ด้านร่างกาย และด้านกำลังใจ ประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สำหรับผู้สูงอายุ

1.1 การนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการจัด โครงการหรือกิจกรรม ที่ส่งเสริมและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน

1.2 เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งในชุมชน และหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพ

2. สำหรับองค์กรด้านสุขภาพและการศึกษา

2.1 เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการบริหารจัดการ และประกอบการตัดสินใจในการ ขยายขอบเขตการดูแล หรือขยายงานให้ครอบคลุมและเข้าถึงความต้องการของผู้สูงอายุที่เผชิญภาวะซึมเศร้า

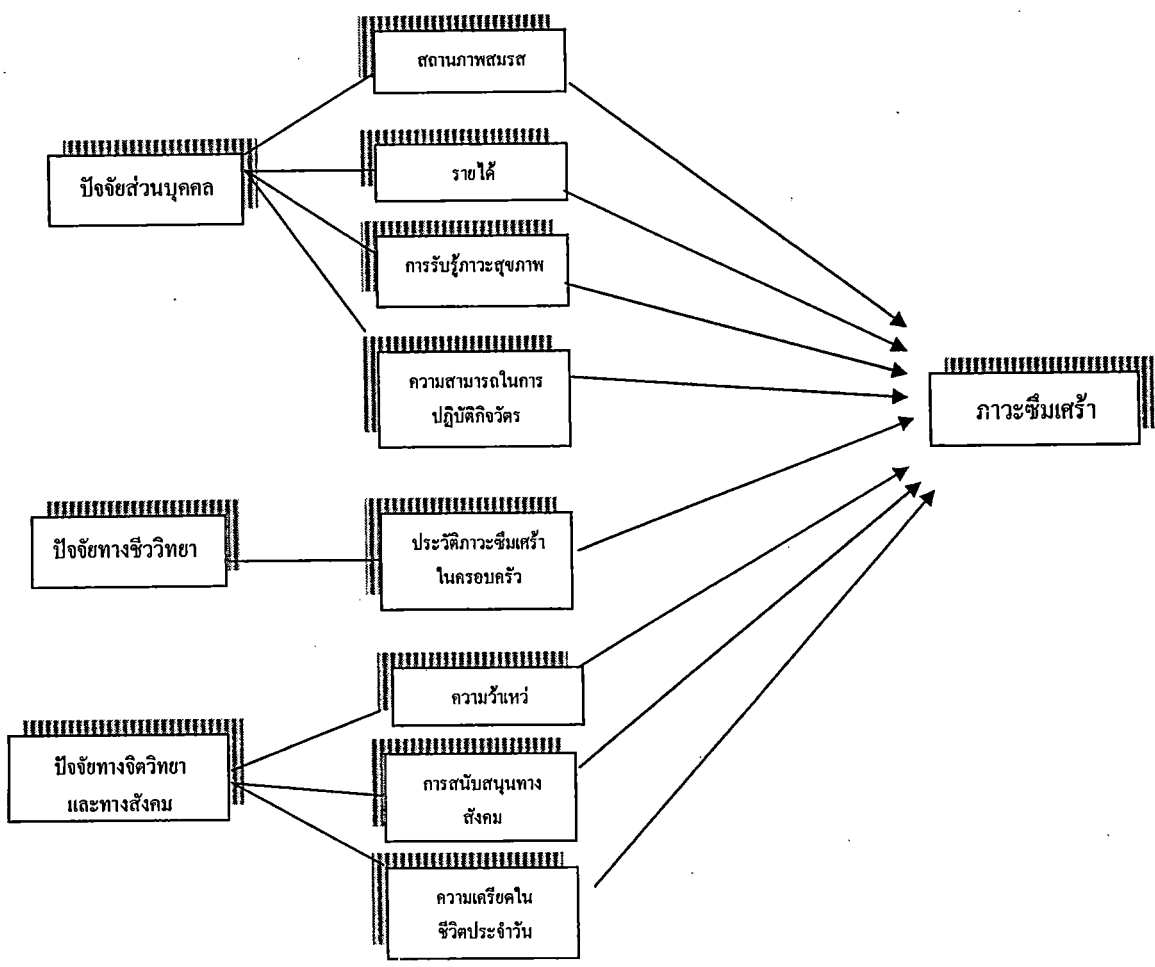
2.2 เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนการจัดการเรียนการสอนของนิสิตสาขาพยาบาล ทั้งในหลักสูตรระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก

3. สำหรับการวิจัย

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎี ชีว-จิต-สังคม (Biopsychosocial) ของภาวะซึมเศร้าและจากข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาซึ่งความสัมพันธ์ของตัวแปรต้น กับตัวแปรตาม ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 แผนภูมิกรอบแนวคิดทางการวิจัย ตามแนวคิดทฤษฎี ชีว-จิต-สังคม (Biopsychosocial)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเป็นตัวทำนายกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้กำหนดแนวคิดในการศึกษาโดยรวบรวมจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุม เนื้อหาดังต่อไปนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า
 - 3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน สถานภาพสมรส และ รายได้
 - 3.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ
 - 3.3 ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว
 - 3.4 การสนับสนุนทางสังคม
 - 3.5 การรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน
 - 3.6 ความว้าเหว่
 - 3.7 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

มีผู้ให้ความหมายหรือคำจำกัดความ “ผู้สูงอายุ” ไว้ดังนี้

วอลเลซ (Wallace, 1992) กล่าวว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติซึ่งถูกกำหนดโดยเวลาและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพในอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคม

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดไว้ว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปี เป็นอายุเริ่มต้นของวัยสูงอายุ สำหรับในประเทศทางยุโรป และอเมริกากำหนด 65 ปี (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) ขณะที่ในประเทศไทยได้มีการกำหนดการเกษียณอายุราชการเมื่ออายุได้ 60 ปี และได้ถือเกณฑ์การที่ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพาณิชย์, 2534) ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ปี 2546 ที่

กล่าวว่าผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) และชมรมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ได้บัญญัติคำว่าผู้สูงอายุ ว่าผู้สูงอายุต้องมีลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้ที่มิอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่เสื่อมตามสภาพ มีกำลังลดลง เชื่องช้า
3. เป็นผู้สมควรให้ความอุปการะ
4. เป็นผู้มิโรค ควรได้รับการช่วยเหลือ

จากคำกล่าวข้างต้นจึงสรุปความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง

ทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ในปัจจุบัน มีผู้ที่ให้ความสนใจศึกษาเรื่องผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก เกิดเป็นทฤษฎีต่าง ๆ ที่บรรยายเกี่ยวกับผู้สูงอายุในแง่มุมทางชีววิทยา และทางสังคมวิทยาต่าง ๆ อีเบอโซลและเฮส (Ebersole & Hess, 1994) ได้แบ่งทฤษฎีของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า มนุษย์ประกอบด้วยองค์ประกอบทางชีวภาพ 3 ประเภทคือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตนเองตลอดชีวิต เซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตนเอง และเซลล์ที่สร้างขึ้นใหม่ และสารประกอบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เซลล์ ในมุมมองของทฤษฎีทางชีววิทยามีการกล่าวไว้อย่างมากมายและสามารถแบ่งออกเป็นทฤษฎีย่อย ๆ ดังนี้

1.1 ทฤษฎีการสูงอายุของโมเลกุล (Molecular Theories of Ageing)

- 1.1.1 ทฤษฎีทางพันธุกรรม (Gene Theory) ซึ่งทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า พันธุกรรมที่เป็นอันตรายต่ออวัยวะต่าง ๆ นั้นจะส่งผลในช่วงปลายชีวิต และทำให้อวัยวะนั้นเกิดความผิดปกติขึ้น เนื่องจากในร่างกายมีองค์ประกอบของยีนส์ 2 ประเภทคือ ยีนส์ที่ยังไม่โตเต็มที่ (Juvenescence Genes) ซึ่งเป็นยีนส์ที่ส่งผลให้คนเรามีสุขภาพที่ดี และยีนส์ที่สูงอายุ (Senescent Genes) ซึ่งเป็นยีนส์ที่ก่อให้เกิดความเสื่อมของหน้าที่และโครงสร้าง หน้าที่ของยีนส์ มีบทบาท 2 บทบาทคือ ยีนส์ที่ยังไม่โตเต็มที่จะทำหน้าที่ในช่วงชีวิตวัยเริ่มต้น ขณะที่ยีนส์ที่สูงอายุจะทำหน้าที่ในช่วงวัยกลางคนและวัยชรา จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุนั้นที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของพันธุกรรมนั้น สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายเช่น ผมหงอก ศีรษะล้าน เป็นต้น ซึ่งอาการที่กล่าวมานี้ อาจเกิดกับผู้สูงอายุบางคน และอาจไม่เกิดกับอีกหลายคนแม้ว่าจะมีอายุเท่ากันก็ตาม

- 1.1.2 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory) ทฤษฎีนี้มุ่งที่ความผิดพลาด จากการสังเคราะห์ของ ดี เอ็น เอ (D.N.A) และ อาร์ เอ็น เอ (R.N.A) ที่ทำงานมากเกินไป ส่งผลให้เซลล์ทำงานผิดปกติ ความไม่แข็งแรงของอวัยวะต่าง ๆ ในการสังเคราะห์ ทำให้เซลล์เกิดความพิการ ซึ่งมีผลต่อการคงอยู่ของหน้าที่ทางชีวภาพ ในการสังเคราะห์ จะประกอบด้วยขั้นตอน 2 ขั้นตอนคือ ใน

ตอนแรก กรดอะมิโนจะถูกคัดเลือกโดยเอ็นไซม์ที่ใช้ในการกระตุ้น และหลังจากนั้นจะจับกับ โมเลกุลของ อาร์ เอ็น เอ (R. N. A) และขั้นตอนที่ สอง อาร์ เอ็น เอ (R. N. A) ที่มีรหัสอยู่แล้วจะ จับคู่กับ อาร์ เอ็น เอ (R. N. A) ที่ไม่มีรหัส ซึ่งความผิดพลาดอาจเกิดขึ้นได้ในการสังเคราะห์ อาร์ เอ็น เอ (R. N. A) ถ้าความผิดพลาดในการสังเคราะห์ที่มีจำนวนมากพอก็จะทำให้เกิดความ ผิดพลาดในหน้าที่ได้ ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นใน โมเลกุลขนาดใหญ่ของเซลล์ยังมีจำนวนมาก เท่าไหร่ก็จะส่งผลให้เกิดความผิดพลาดได้เร็วขึ้นเท่านั้น ความผิดพลาดของการสังเคราะห์ของ ดี เอ็น เอ (D.N.A) และ อาร์ เอ็น เอ (R. N. A) จะไม่สามารถแยกออกจากกันได้ แต่ทฤษฎีนี้ยังไม่ได้รับการยอมรับมากนัก เนื่องจากว่าเซลล์ในร่างกายที่ปกติอาจเกิดการผิดปกติเองได้ และเกิด ความผิดพลาดตั้งแต่เด็กหรือเกิดจากการได้รับหรือสัมผัสรังสีก็อาจเป็นไปได้

1.1.3 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงในเซลล์ร่างกาย (Somatic Mutation Theory)

ทฤษฎีนี้คล้ายกับทฤษฎีผิดพลาดแต่ทฤษฎีนี้ มีความเชื่อว่า เมื่อเซลล์ได้สัมผัสกับรังสีเอ็กซ์เรย์ (X-Ray) หรือสารเคมี จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ของ ดี เอ็น เอ (D.N.A) และ อาร์ เอ็น เอ (R. N. A) ของเซลล์แต่ละเซลล์ ส่งผลให้การสังเคราะห์โปรตีนหรือเอ็นไซม์เกิด โครงสร้างหรือ การทำงานที่ผิดปกติ เพิ่มอุบัติการณ์ให้เกิดความผิดปกติของโครโมโซม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มัก เกิดขึ้นได้บ่อยในช่วงชีวิตวัยต้น และจะส่งผลในวัยต่อ ๆ ไป ผลสุดท้ายคือ เซลล์ทำหน้าที่ลดลงและ อวัยวะเริ่มด้อยประสิทธิภาพ ซึ่งเซลล์ในร่างกายเหล่านั้นเป็นเซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัว และมี ช่วงชีวิตที่จำกัด เช่นเซลล์สมอง เซลล์กล้ามเนื้อที่ไม่สามารถสร้างขึ้นใหม่เมื่อเกิดการบาดเจ็บ หรือตายไป

1.1.4 ทฤษฎีโปรแกรม (Programmed Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสภาพการทำงานของ อวัยวะของแต่ละบุคคลนั้นถูกควบคุมโดยการกำหนด โปรแกรมไว้แล้วด้วยนาฬิกาชีวิต (Biology Clock) ซึ่งอยู่ใน นิวเคลียส (Nucleus) และไซโตพลาสซึม (Cytoplasm) ที่ไม่เหมือนกัน ในแต่ละ บุคคลมักจะเกิดขึ้นในวัยชรา ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยชราจึงแตกต่างและไม่ เท่ากัน ซึ่งทฤษฎีนี้พิจารณาการสูงอายุของหน้าที่การทำงานของอวัยวะทางร่างกายจากการทำงาน มากเกินไปโดยไม่มีพยาธิสภาพเข้ามาเกี่ยวข้อง

1.1.5 ทฤษฎีหมดโปรแกรม (Run-Out-of-Program Theory) ทฤษฎีนี้แตกต่างกับ ทฤษฎีโปรแกรมเนื่องจากทฤษฎีนี้เชื่อว่า ในขณะที่เกิดการปฏิสนธิของไข่กับอสุจิ จะมีสารประกอบ ของพันธุกรรมจำนวนมากที่ถูกกำหนดลงไป เมื่อสารประกอบนี้ถูกใช้ไปเซลล์ เนื้อเยื่อและ อวัยวะ ก็จะหมดอายุซึ่งจะเห็นได้จากอายุที่สัมพันธ์กับการทำงานของเอ็นไซม์และหน้าที่ของอวัยวะที่ ค่อยๆ ลดน้อยลงไป เช่น ตับและสมอง

1.2 ทฤษฎีการสูงอายุของระดับระบบ (System Level Theories of Ageing)

1.2.1 ทฤษฎีการควบคุมฮอร์โมนและระบบประสาท (Neuroendocrine Control Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การสูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของช่วงชีวิตปกติอันเกิดจากสัญญาณประสาทและ

ฮอร์โมน ซึ่งเริ่มต้นเมื่อปฏิสนธิ และต่อเนื่องเรื่อยมาจนสิ้นชีวิต ปกติเซลล์ประสาทในศูนย์กลางของสมองสูง (High Brain) จะมีหน้าที่คล้าย ๆ กับสารที่มีอิทธิพลต่อจังหวะชีวิต ที่ทำให้นาฬิกาชีวิตทำงานปกติในระหว่างพัฒนาการ และเมื่อสูงอายุ การสูงอายุจะเห็นได้จากการทำงานที่ไม่สมบูรณ์หรือช้าลงของเซลล์ประสาทที่มีอิทธิพลต่อจังหวะชีวิต นอกจากนี้ การกระทบกระเทือนของเซลล์ประสาท กล้ามเนื้อ การทำหน้าที่ในการหลั่งสารของระบบสืบพันธุ์ที่ลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ลดลง การไม่สามารถจัดการกับความเครียด ความบกพร่องของระบบหัวใจ หลอดเลือด และการหายใจ ก็จะแสดงให้เห็นถึงการสูงอายุได้ รวมทั้ง การปรับตัวสู่สมดุลที่ล้มเหลวของอวัยวะในร่างกายก็จะทำให้เกิดการสูงอายุและตายในที่สุด

1.2.2 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunologic Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าระบบภูมิคุ้มกันจะเพิ่มขึ้นแตกต่างกันตามอายุ และมีรูปแบบการสูญเสียที่เป็นปกติระหว่างร่างกายและเซลล์ แต่ที่เกิดการสูงอายุขึ้นนั้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของบี เซลล์ (B- cell) และที เซลล์ (T- cell) ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการทำงานปกติ ผลที่เกิดขึ้นคือปรากฏการณ์รุกรานตนเองคือ เซลล์ปกติของร่างกายจะถูกแยกแยะว่าเป็นเซลล์ที่แปลกปลอมและจะถูกกำจัดโดยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย และถูกทำลายโดยเซลล์แอนติบอดี (Antibody Cells)

1.3 ทฤษฎีการสูงอายุของเซลล์ (Cellular Theories of Ageing)

1.3.1. ทฤษฎีเรดิคอลลิสระ (Free Radical Theory) กล่าวถึงปฏิกิริยาทางเคมีขั้นสุดท้ายของการสันดาปออกซิเจนภายในเซลล์ปกติที่ใช้ในการเผาผลาญพวกคาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน และอื่น ๆ จะทำให้เกิดสารอิเล็กตรอนอิสระ (Free Electron) อันเป็นโมเลกุลที่มีปฏิกิริยาสูงซึ่งสามารถทำลายโครงสร้างดั้งเดิมหรือหน้าที่ของเยื่อหุ้มโปรตีน ดี เอ็น เอ และเอ็นไซม์ให้เสื่อมลง ทำให้มีคอลลาเจน (Collagen) หรืออีลาสติน (Elastin) เกิดขึ้นมามากมายจนเนื้อเยื่อเสียความยืดหยุ่น

1.3.2 ทฤษฎีการข้ามโยงหรือเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Cross- Link or Connective Tissue Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ปฏิกิริยาทางเคมีหรือรังสีของไขมัน คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และกรดนิวคลีอิก (Nucleic Acid) ก่อให้เกิดพันธะที่แข็งแรง ข้ามโยงระหว่างโครงสร้างโมเลกุลที่แยกกันตามปกติ อันเป็นสาเหตุให้เซลล์ไม่เกิดการยืดหยุ่นตามปกติ ซึ่งพันธะที่เกิดขึ้นนี้มีจำนวนมากและแตกต่างกันไปตามอาหารและสภาพแวดล้อม เมื่อเกิดการจับตัวกันมากจะทำให้เส้นใยคอลลาเจนหดสั้นในวัยชรา

1.3.3 ทฤษฎีการกระทบ (Clinker Theory) ทฤษฎีนี้เป็นการผสมผสานของทฤษฎีทางกาย การข้ามโยงและเรดิคอลลิสระ โดยสันนิษฐานว่าสารประกอบภายในเซลล์ของร่างกายมีความสัมพันธ์กับเวลา เช่นสารที่เกิดจากกระบวนการเผาผลาญสารอาหารได้แก่ สารสีไขมัน โปรตีนจากนิวคลีอิกของเซลล์ อัลดีไฮด์ และเรดิคอลลิสระที่อาศัยอยู่ในไซโตพลาสซึมของเซลล์ถูกรบกวนการทำงานของเซลล์ที่ปกติโดยการเข้าไปแทนที่ เรดิคอลลิสระจะทำให้โปรตีนมีลักษณะ

ที่ผิดไปจากเดิม ซึ่งสารสีไขมันจะพบได้ในหัวใจ สมอง และเนื้อเยื่อเกี่ยวกับประสาท กล้ามเนื้อ และโครงกระดูก

1.3.4 ทฤษฎีการสึกหรอ (Wear and Tear Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความชราเป็นกระบวนการที่กำหนดไว้แล้วว่าเป็น โปรแกรม เมื่อเซลล์ทำงานไปเป็นเวลานานย่อมต้องมีการสึกหรอและกระบวนการเหล่านี้จะมีอัตราของการเสื่อมและถดถอยสูงต่ำแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดว่ามากน้อยเพียงใดในแต่ละบุคคล ซึ่งกระบวนการของการสูงอายุของกล้ามเนื้อลาย กล้ามเนื้อหัวใจ เส้นใยกล้ามเนื้อ เซลล์ประสาทและสมองสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีนี้

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) ทฤษฎีทางจิตวิทยาได้เชื่อมโยงเอาทฤษฎีทางชีววิทยา และสังคมวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้นเป็นการพัฒนาและเป็นการปรับตัวของความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะรับสัมผัสที่ปวงตลอดจนสังคมที่คนชรา นั้น ๆ อาศัยอยู่ จากการศึกษาด้านจิตวิทยาพบว่าผู้สูงอายุมีเซลล์ประสาทในสมองตายไปมากแต่ขณะเดียวกันก็มีการสะสมประสบการณ์อันเกิดจากการเรียนรู้ไว้มาก ถ้าผู้สูงอายุคนใดเคยมีประสบการณ์ที่ดีในอดีต ได้รับการยอมรับที่ดี มีสภาพอารมณ์ที่มั่นคงก็จะมีผลต่อวัยที่สูงขึ้น มีความสุขุมรอบคอบสูงตามไปด้วยและในด้านจิตวิทยาส่วนใหญ่เชื่อว่า คนทุกเชื้อชาติเมื่อมีอายุมากขึ้นก็จะมีเขาวงกตปัญญาเสื่อมลงกล่าวคือ เขาวงกตปัญญาจะพัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นต่อจากนั้นก็อยู่ค่อนข้างคงที่ประมาณ 10 ปี แล้วค่อย ๆ เสื่อมลง แนวคิดทางจิตวิทยาที่สำคัญได้แก่

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตมาด้วยความมั่นคงและอบอุ่น มีความรักมีความถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของผู้อื่น รักคนอื่นและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างจะมีความสุข สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้โดยไม่มี ความเดือดร้อน แต่ในทางกลับกัน ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือกับใคร ไม่อยากช่วยเหลือผู้ใด ใจแคบ ผู้สูงอายุนั้นก็มักจะเป็นผู้ที่ไม่มีความสุข

2.2 ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าผู้สูงอายุที่ยังปราดเปรื่องและคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ก็เนื่องจากความสนใจในเรื่องต่าง ๆ อยู่เสมอมีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงแนวโน้มนำทางบทบาทของบุคคล สัมพันธภาพและการปรับตัวทางสังคมในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต หรือเป็นทฤษฎีที่พยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานะทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งพยายามที่จะช่วยให้มีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ทฤษฎีนี้เชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ก็จะมีผลทำให้สถานะภาพของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตามไปด้วย และสถานะของ

ผู้สูงอายุในสังคมใดเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้สูงอายุในสังคมนั้น แนวคิดทางสังคมวิทยาที่สำคัญคือ

3.1 ทฤษฎีการปลดปล่อย (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การสูงอายุเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ สังคมและผู้สูงอายุมีความอิสระจากกัน การเกิดการลดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นในระบบสังคมที่ตนเองเคยดำรงอยู่ เมื่อมีอิสระจากกัน โดยสมบูรณ์ก็จะเกิดความสมดุลระหว่างสังคมและบุคคล ซึ่งเป็นการเพิ่มความห่างให้กับผู้สูงอายุกับสังคมมากขึ้น แต่สำหรับผู้สูงอายุจะเกิดความพึงพอใจในสิ่งเกิดขึ้นเช่นเดียวกับสังคม มาตรฐานการลดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมนั้นขึ้นกับอายุ การงานและความสนใจที่ลดลง ซึ่งทฤษฎีนี้ได้ถูกนำไปใช้ในหลายชาติ ถึงแม้ว่าจะมีความแตกต่างทางด้านระยะเวลาและวิถีชีวิตก็ตาม

3.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า กิจกรรมนั้นจะช่วยส่งเสริมให้บทบาทนั้นยังคงอยู่ได้ตามปกติก่อให้เกิดความพึงพอใจในวัยสูงอายุและการมองการสูงอายุนั้นว่าเป็นเพียงวัยกลางคนที่มียาวขึ้นและยังสามารถมีกิจกรรมต่อไปได้ การที่ผู้สูงอายุมีความคุ้นเคยและมีกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอจะเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมอัตรานวัตกรรมในทางบวก แต่ทั้งนี้กิจกรรมที่เป็นทางานั้นจะมีประโยชน์น้อยกว่ากิจกรรมที่ไม่เป็นทางการเนื่องจากมักถูกแยกออกไปโดยอายุทำให้มี อัตรานวัตกรรมที่ต่ำลง

3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้ถือว่าบุคลิกภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดสัมพันธภาพระหว่างกิจกรรมบทบาทและความพอใจในชีวิตและบุคลิกภาพนั้นไม่เพียงแต่จะเป็นสิ่งที่คงอยู่เพียงอย่างเดียวในผู้สูงอายุ แต่ยังแสดงให้เห็นถึงตัวตนของผู้สูงอายุด้วยซึ่งแนวคิดทางบุคลิกภาพที่สำคัญ 3 ประการที่เป็นพื้นฐานความเชื่อเกี่ยวกับการสูงอายุของบุคคลมีดังนี้

3.3.1 บุคลิกภาพนั้นยังคงอยู่ในผู้สูงอายุที่ปกติทั้งชายและหญิง

3.3.2 บุคลิกภาพมีอิทธิพลต่อกิจกรรมบทบาท

3.3.3 บุคลิกภาพมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตโดยไม่คำนึงถึงกิจกรรม

บทบาท

ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีการเข้าร่วมกิจกรรมนั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละบุคคลเช่น ผู้สูงอายุที่ชอบเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมก็จะมีกิจกรรมเหมือนเดิมเมื่อมีอายุมากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่ชอบสันโดษ ไม่เคยมีบทบาทในสังคมมาก่อนก็ย่อมจะแยกตัวเองออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น

จากทฤษฎีเกี่ยวกับความสูงอายุก็น่าทึ่งที่เห็นว่าทฤษฎีทางจิตวิทยานั้นเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเมื่อสูงวัยขึ้นเป็นส่วนใหญ่โดยการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านการเสื่อมถอยลง ส่วนทฤษฎีทางจิตวิทยานั้นเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกลไกทางจิต และกล่าวถึงความสำคัญของช่วงชีวิตและพัฒนาการทางด้านจิตใจที่เป็น

ผลสืบเนื่องมาจากวัยก่อน ๆ และทฤษฎีทางสังคมเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ จากบทบาทและสภาพทางสังคมของผู้สูงอายุนั้น ๆ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าทฤษฎีที่นำมาอธิบายนั้นครอบคลุมทฤษฎีทาง ชีว จิต สังคม ที่ได้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุว่าเป็นวัยแห่งความเสื่อม และจากการที่มีการเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมาแล้ว จะส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก และถ้าหากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ก็จะเกิดอาการจิตเสื่อมและเกิดอาการซึมเศร้าโดยไม่รู้ตัว

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ความสูงอายุนั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป ตามเวลาที่ผ่านไป การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุนั้น วันเพ็ญ วงศ์จันทร์ (2539) กล่าวว่าสภาวะปัญหาของผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลง 3 ประการคือการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทางจิตใจ และทางสังคม

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายสามารถจำแนกได้ตามระบบของร่างกาย ดังนี้

1.1 ระบบประสาทและประสาทสัมผัส (Nervous System) ในผู้สูงอายุเซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดน้อยลงเรื่อย ๆ ขนาดของสมองก็เล็กลง การทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง เป็นเหตุให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง ความคิดเห็นและการเคลื่อนไหวช้าลง ความจำเสื่อม การกระตือรือร้นลดลง การนอนหลับของผู้สูงอายุจะใช้เวลานานหลับน้อยลง นอนหลับยาก แต่ตื่นง่าย ถูกตามีขนาดลดลง ทำให้การปรับตัวสำหรับการมองเห็นในที่มืดไม่ได้ สายตายาวขึ้น การได้ยินลดลงมีอาการหูตึง เนื่องจากมีการเสื่อมของอวัยวะของหูชั้นในมากขึ้น รวมทั้งการสูญเสียหน้าที่ของประสาทหูคู่ที่ 8 การรับกลิ่นไม่ดี เนื่องจากมีการเสื่อมของเยื่อโพรงจมูก การรับรสไม่ดีเนื่องจากต่อมรับรสลดลงจึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเบื่ออาหาร

1.2 ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System) หลอดลมและปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความเข้มแข็งและกำลังหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้า-ออกลดลง ผนังทรวงอกแข็งขึ้น การเคลื่อนไหวของกระดูกซี่โครงลดลง เพราะมีแคลเซียมมาเกาะอยู่ที่กระดูกอ่อนชายโครงมากขึ้น เยื่อหุ้มปอดแข็งและทึบ ทำให้ปอดยืดขยายและหดตัวได้ลดลง การระบายอากาศหายใจลดลง ถุงลมปอดมีจำนวนลดน้อยลง ผนังถุงลมแตกง่าย เนื่องจากเส้นใยคอลลาเจนที่หุ้มถุงลมลดลงทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ง่ายขึ้น การทำงานของกล่องเสียงลดลง ทำให้เกิดอาการสำลักและเกิดโรคปอดบวมได้

1.3 ระบบทางเดินอาหาร (Digestive System) เซลล์สร้างฟันลดลง มีการสร้างเนื้อเยื่อพังศืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น ทำให้การสร้างฟันลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ ฟันผุได้ง่ายขึ้น ต่อม น้ำลาย ผลิตเอนไซม์และน้ำลายลดลง ปากและลิ้นแห้งทำให้มีการติดเชื้อในช่องปากมากขึ้น การรับ

รสของลิ้นเสียไป การที่ผู้สูงอายุต้องใช้ฟันปลอมทำให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวก กระเพาะมีการหลั่งน้ำย่อยลดลง การดูดซึมอาหาร โดยเฉพาะเหล็ก วิตามินบี 13 โฟเลตลดลงทำให้เกิดโรคโลหิตจางได้ การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและการทำงานของกล้ามเนื้อในกระเพาะอาหารลดลง อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้นจึงทำให้ไม่หิวอาหาร การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงประกอบกับการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลงและมีการรู้สึกกระหายน้ำลดลงทำให้เกิดอาการท้องผูกได้

1.4 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ (Reproductive System) ในผู้สูงอายุจะมีขนาดของไตลดลง หน่วยไตมีจำนวนลดลง โกลเมอรูลัสฝ่อลีบ การไหลเวียนเลือดในไตลดลง อัตราการกรองของไตลดลง การทำงานของท่อไตเสื่อมลง ส่งผลให้การดูดกลับสารต่าง ๆ ลดลงตามไปด้วย สำหรับผู้สูงอายุเพศชายมักมีปัญหาต่อมลูกหมากโตทำให้มีปัญหาเรื่องปัสสาวะลำบาก มีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อยครั้ง ลูกอัณฑะจะเหี่ยวเล็กลงทำให้การผลิตอสุจิลดลง ขณะที่ในเพศหญิงรังไข่เริ่มฝ่อ ปีกมดลูกเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็ก เยื่อภายในมดลูกบางลง และมีพังผืดมากขึ้น ปากมดลูกเหี่ยวและเล็กลง ไม่มีสารหล่อลื่น ความยืดหยุ่นของช่องคลอดลดลง กล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัว ทำให้เกิดปัญหาเรื่องกระบังลมหย่อนตัวและกลั้นปัสสาวะไม่ได้

1.5 ระบบผิวหนัง (Integumentary System) เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลงทำให้ผิวหนังบางลงและเซลล์ที่ยังคงเหลืออยู่เจริญเติบโตช้า อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดีเนื่องจากมีเส้นใยอีลาสตินลดลง น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง การไหลเวียนเลือดช้าลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย การทำงานของต่อมเหงื่อลดลง เนื่องจากมีจำนวนและขนาดลดลง เป็นผลให้การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายลดลง ต่อมน้ำมันทำงานลดลงจึงทำให้ผิวหนังแห้ง คันและแตกง่าย ผมหงอกและขนทั่วไปมีสีจางและกลายเป็นสีเทาหรือขาว เส้นผมร่วงง่าย เล็บในผู้สูงอายุจะมีการเจริญช้าและหนาตัวขึ้นและไม่สม่ำเสมอ

1.6 ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine System) มีการเปลี่ยนแปลงคือ ต่อมใต้สมองจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและการทำงานลดลง การหลั่งฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองมีการเปลี่ยนแปลง ต่อมธัยรอยด์มีการทำงานลดลงตามอายุที่มากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลด ต่อมหมวกไตทำงานลดลงทำให้การขับคอร์ติโคสเตอโรยด์ทางปัสสาวะลดลงทำให้ผู้สูงอายุเกิดอารมณ์เครียดและหงุดหงิดง่าย ตับอ่อนมีการผลิตอินซูลินลดลง เนื้อเยื่อต่าง ๆ ภายในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติเป็นผลให้ระดับความทนทานต่อน้ำตาลลดลงซึ่งอาจเป็นเบาหวานได้เมื่ออายุมากขึ้น ต่อมเพศทำงานลดลงและไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง ในเพศหญิงรังไข่จะหยุดทำงาน อวัยวะต่าง ๆ ในระบบสืบพันธุ์เสื่อมลง และสูญเสียน้ำที่ซึ่งอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ทำให้มีอาการหงุดหงิด โกรธง่าย ตกใจง่าย ซึมเศร้า ส่วนในเพศชายการหลั่งฮอร์โมนเพศชายค่อย ๆ ลดลงทีละน้อย ส่งผลให้ความรู้สึกทางเพศอาจเพิ่มหรือลดลงได้

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological Change)

ในผู้สูงอายุพบว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเนื่องจากร่างกายมีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มีการสูญเสียของบุคคลที่ใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกในครอบครัว และการหยุดงานที่ทำอยู่เป็นประจำ ปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุ ลักษณะของการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจที่พบคือ การรับรู้ โดยทั่วไปผู้สูงอายุมักจะยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้สิ่งใหม่ ๆ เป็นไปได้ยาก ด้วยลักษณะดังกล่าวนี้ผู้สูงอายุจึงมักมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกับผู้อ่อนวัยและมักเกิดความขัดแย้งกัน การแสดงออกทางอารมณ์ในผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เป็นกลไกที่เกี่ยวข้องกับการสนองต่อความต้องการของจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม ผู้สูงอายุมักเกิดอาการท้อแท้ น้อยใจ รู้สึกว่าสังคมไม่ได้ให้ความสำคัญกับตนเอง จึงทำให้อารมณ์ของผู้สูงอายุไม่มั่นคง เกิดอาการกระทบกระเทือนทางจิตใจ จะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิด หรือโกรธง่าย การยอมรับต่อสถานะสูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุพัฒนาวิถีดำเนินชีวิตแตกต่างกันไปตามเหตุผลและความพอใจของแต่ละคน เช่นการมุ่งสร้างคุณค่า แสวงหาความสุขในชีวิต เข้าวัด ถ้อยสัตย์ เลี้ยงสัตว์ หรือการแยกตัวอยู่ตามลำพัง มีความสนใจในสิ่งแวดลอมลดลง มีความพอใจในชีวิตที่เรียบง่าย มีความมุ่งหวังหรือความใฝ่ฝันในชีวิตลดลง หรือไม่มีเลย เบิร์นไซด์ (Burnside, 1994) กล่าวว่าอารมณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นในผู้สูงอายุประกอบด้วย ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความรู้สึกว่าเหว ความหวาดระแวง ซึ่งสาเหตุเหล่านี้มาจากการเสื่อมของประสาทรับรู้และสูญเสียสิ่งต่าง ๆ เช่น การสูญเสียคนที่รัก คู่ชีวิตเสียชีวิต การสูญเสียเพื่อนรัก เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม (Social and Culture Change)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกล่าวคือ ภาระหน้าที่ และบทบาทของผู้สูงอายุลดลง มีข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้เกิดการขาดความคล่องตัวในการคิด การกระทำ และการสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคมมีขอบเขตที่จำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้น การยอมรับทางสังคมต่อการมีอายุเป็นไปในทางลบแม้ว่าผู้สูงอายุบางคนได้แสดงให้เห็นว่า ความมีอายุสูงไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาทและหน้าที่ทางสังคมแต่ยังสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนคนหนุ่มสาว การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมไปเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้นทำให้บุคคลในครอบครัวที่เป็นประชากรในวัยแรงงานต้องออกไปประกอบอาชีพและศึกษาในต่างถิ่นทำให้ระบบครอบครัวจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว้าเหวได้ ปัญหาการตายของคู่สมรส จะทำให้คู่สมรสที่ยังมีชีวิตอยู่เศร้า และว้าเหวมากขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุนั้น ไม่มีงานอดิเรกก็จะทำให้มีความรู้สึกซึมเศร้ามากขึ้น ด้านความมั่นคงของครอบครัวผู้สูงอายุที่ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต ผิดหวังในความสำเร็จของบุตร ผิดหวังในการประกอบอาชีพหรือไม่สามารถ

ปรับตัวได้ในเรื่องของอารมณ์ที่อาจมีมากขึ้นหรือลดลง สิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นในวัยสูงอายุผู้สูงอายุบางรายอาจต้องย้ายที่อยู่อาศัยในรายที่ไม่มีบุตรหลานซึ่งอาจต้องเข้าไปพักในบ้านพักคนชราหรือย้ายไปอยู่กับลูกหลานในต่างถิ่นทำให้ไม่มีเพื่อน การเปลี่ยนที่อยู่ใหม่ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีความกลัวเช่นกลัวต่อการเจ็บป่วย และความตายจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลและหวาดกลัวต่อความตาย และถ้าบุตรหลานไม่สนใจดูแลก็จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดและทุกข์ใจ จากการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้นมีผลกระทบต่อความไม่มั่นคงทางจิตใจในผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

จะเห็นได้ว่าในวัยสูงอายุนี้นี้เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมและวัฒนธรรม จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ย่อมส่งผลโดยตรงกับผู้สูงอายุซึ่งทำให้ผู้สูงอายุไร้สมรรถภาพมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีความภาคภูมิใจลดลง เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าและในที่สุดจะทำให้ผู้สูงอายุนั้นไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างมากที่จะต้องให้การดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลในภาวะปกติซึ่งเป็นการแสดงออกของการเสียสมดุลทางอารมณ์อาการประกอบด้วย อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด รู้สึกหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความคิดการเคลื่อนไหวช้าลงหรือพลุ่งพล่านกระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนืดตนเองมากผิดปกติ สมาธิเสียหรือมีความคิดอยากตายซึ่งถ้ามีอาการดังกล่าว ตลอดเวลา 2 สัปดาห์ขึ้นไปจะมีผลกระทบต่ออาชีพ การทำงาน หรือการเรียน ถือว่าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ (ดวงใจ กสานติกุล, 2544) ซึ่งสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994) กล่าวถึงข้อบ่งชี้ในการวินิจฉัยความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดซึมเศร้าว่ามีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อในจำนวนอาการทั้งหมด 9 ข้อในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ โดยอย่างน้อยต้องอาการ 1 หรือ 2 ข้อ อาการดังกล่าวคือ

1. มีอารมณ์ซึมเศร้าส่วนใหญ่ของวันแทบทุกวัน สามารถสังเกตได้และจากการบอกเล่า
2. มีความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงเป็นส่วนใหญ่ของทุกวันแทบทุกวัน
3. มีน้ำหนักตัวลดโดยมิได้ควบคุมหรือเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีอาการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน
4. นอนไม่หลับแทบทุกวันหรือหลับมากแทบทุกวัน
5. มีการเคลื่อนไหวช้าลงหรือลดลงแทบทุกวัน
6. อ่อนเพลียแทบทุกวัน
7. รู้สึกว่าตนเองไร้ค่ารู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป

8. สมาธิเสีย ความสามารถในการคิดลดลงหรือมีความลำบากในการตัดสินใจและ
9. มีความคิดเรื่องฆ่าตัวตายหรือแสดงพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) ได้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่แสดงออกถึงภาวะอารมณ์ซึมเศร้า การขาดความสนใจหรือขาดความสุข การแสดงออกถึงความรู้สึกไร้คุณค่า แสดงออกโดยการนอนไม่หลับหรือ ไม่อยากรับประทานอาหาร การแสดงออกโดยการไม่มีแรงทำงาน และการขาดสมาธิ

เบ็ค (Beck, 1967) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นการแสดงถึงความเบี่ยงเบน ทางด้านอารมณ์ร่วมกับความเบี่ยงเบนทางด้านความคิด การรับรู้ ร่างกาย และพฤติกรรม ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน และอาจเกิดขึ้นได้ในหลายระดับ อาจเริ่มต้นโดยอาการรู้สึกเศร้า เสียใจ ท้อแท้เล็กน้อยแต่ยังคงดำรงอยู่ในสภาพปกติไปได้จนถึงระดับรุนแรงโดยมีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หดห้วงในชีวิต ไร้ความสามารถ มีความคิดในทางลบ จนถึงการคิดฆ่าตัวตายได้ ซึ่งสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของเบ็คนั้นแบ่งออกเป็น 2 ประการคือ เกิดจากการที่บุคคลได้เผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตและเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง ต่อโลกและอนาคต ซึ่งอาการแสดงจะมีอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ ว่าเหว อังว้าง เฉื่อยชา เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง มีพฤติกรรมลดถอย ต้องการหลีกเลี่ยงและลงโทษตัวเองหรืออยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น กิจกรรมทางกายลดน้อยลง และเชื่องช้า เป็นต้น

สวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2544) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าคือภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่และเศร้าสร้อย ร่วมกับการมีความรู้สึกท้อแท้ หดห้วงและมองโลกในแง่ร้าย

อรพรรณ ลีอนุชวิชัย (2543) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยา จากการสูญเสียทำให้เกิดความมืดมน เบื่อหน่าย หดหู่ จิตใจอ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า ในที่สุดอาจเกิดความรู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไปและทำร้ายตนเอง

สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย (2536) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึงภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หดห้วง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ต่ำหนืดตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงเป็นระยะเวลาสั้น และเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

ศรวิรรณา ต้นศิริ (2535) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นเป็นความรู้สึกหม่นหมอง ไม่มีความสุข รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย เป็นความเศร้าที่ยังไม่อาจเรียกว่าเป็น โรคจิตหรือประสาทแต่ภาวะซึมเศร้าสามารถนำไปสู่การเป็นโรคประสาทได้

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคือภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ไม่มีความสุข ท้อถอย เบื่อหน่าย รวมทั้งความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ต่ำหนืดตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเองลดลงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ความคิดและอารมณ์

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สำหรับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าพบว่ามีการศึกษาอย่างแพร่หลายซึ่งมีทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าอยู่หลายทฤษฎีโดยครอบคลุมทั้งทฤษฎีด้านชีวภาพ (Biological Theory) ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา (Psychological Theory) และทฤษฎีทางด้านสังคม (Sociological Theory) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้านั้นไม่สามารถที่จะอธิบายได้ด้วยสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งแต่เป็นการอธิบายด้วยหลาย ๆ สาเหตุที่ร่วมกันทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Eaton, 2002; Gilbert, 2004)

ทฤษฎีของภาวะซึมเศร้า เบลเซอร์ (Blazer, 1982) ได้กล่าวถึงทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในปัจจุบันและสามารถสรุปได้เป็น 3 ทฤษฎีหลักคือทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมวิทยา ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. ทฤษฎีชีววิทยา (Biological Theory) ทฤษฎีนี้ผสมผสานมาจากข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับการวิจัยด้านการเจ็บป่วยทางจิตในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาสามารถสรุปออกเป็นทฤษฎีย่อย ๆ ดังนี้

1.1 ทฤษฎีทางด้านพันธุกรรม (Genetic Theory) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโรคซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมโดยการศึกษาจากฝาแฝดที่มีบิดาหรือมารดา หรือทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้า จะมีโอกาสเกิดโรคได้ถึงร้อยละ 54 และฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันเมื่อคนหนึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าพบว่า อีกคนมีโอกาสดังกล่าวถึง 70 เปอร์เซ็นต์ (สุวรรณ อรุณพงศ์ ไพศาล, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาในฝาแฝด พบว่าอัตราเสี่ยงที่เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ได้แก่พ่อแม่ร้อยละ 14.3 ลูกร้อยละ 14.8 พี่น้องท้องเดียวกันร้อยละ 12.9 ส่วนในกลุ่มแฝดหากคนหนึ่งเป็นคู่แฝดอีกคนหนึ่งมีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นด้วยร้อยละ 68 สำหรับคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันและร้อยละ 23 ในคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (Blazer, 1982) นอกจากนี้ วินอเคอร์ เคลย์ตันและไรซ์ (Winokur, Clayton & Reich, 1969 cited in Blazer, 1982) ยังพบว่า เพศของลูกทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอัตราเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ได้เท่า ๆ กัน แต่ในหมู่พี่น้องท้องเดียวกันเพศหญิงจะมีอัตราเสี่ยงสูงกว่าเพศชายถึง 3 เท่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบโครโมโซมเอกซ์เป็นยีนส์เด่น (X chromosome-linked dominant)

นอกจากนี้องค์ประกอบทางพันธุกรรมอาจเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าทางอ้อมได้ จากการศึกษา ของบัสส์และเบลลเซอร์ (Busse & Blaber cited in Blazer, 1982) พบว่ามีการลดลงของเซลล์ประสาท ใน ซีรีบรัลคอร์เทกซ์ (Cerebral Cortex) โลกัสเซอร์วิเลียส (Locus Cerulus) และสมองน้อย (Cerebellum) ซึ่งการถูกทำลายของเซลล์เหล่านี้ อาจเกิดจากหลายสาเหตุ การศึกษาของโบรดี (Brody, 1960) พบว่าอาจเกิดจาก การสะสมของเสียภายในเซลล์ ส่วน เบอร์เนท

(Burnet, 1970) พบว่าเกิดจากกลไกภูมิคุ้มกันของตนเองและการสูญเสียโครโมโซม

1.2 ทฤษฎีเคมีประสาท(Biogenic Amine Theory) เนื่องจาก โลคัสเซอริวเลียส (Locus Cerulus) เป็นส่วนประกอบของโครงสร้างหลักในระบบนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine System) การสูญเสียเซลล์จาก โลคัสเซอริวเลียส ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความเข้มข้นและหน้าที่ของสารสื่อประสาทแคเทพิโคลามีน (Catecholamine Neurotransmitters) ซึ่งชลด์เคราท์ (Schildkraut, 1965 cited in Blazer, 1982) ได้กล่าวถึงสมมติฐานแคเทพิโคลามีนว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางราย มีอาการร่วมกับการขาดสารแคเทพิโคลามีน โดยเฉพาะอย่างยิ่งนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ที่บริเวณ Synapse ของเซลล์ประสาทในสมองส่วนควบคุมอารมณ์คือ ระบบลิมบิก (Limbic system) และจากการตรวจปัสสาวะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ายังคงแสดงให้เห็นว่ามีระดับลดลงของ 3-methoxy-4 hydroxy phenlglycol (MHPG) และ 3-methoxy-4 hydroxy mandelic acid (VMA) ซึ่งเป็นการ Metabolite ของ Norepinephrine ที่เกิดจากการทำลายโดยโมโนเอมีน (Monoamine Oxydase) (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) ถึงสนับสนุนสมมติฐานแคเทพิโคลามีน สรุปได้ดังนี้

1.2.1 ยาที่ทำให้เกิดการลดลงของแคเทพิโคลามีน (Catecholamine) ในสมอง เช่น การลดลงของรีเซอริปีน (Reserpine) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในมนุษย์ได้ง่าย (Goodwin & Bunny, 1973 cited in Blazer, 1982)

1.2.2 ยาที่ใช้รักษาภาวะซึมเศร้าจะช่วยเพิ่มระดับ แคเทพิโคลามีนในสมอง โดยการที่ยาจะไปออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการดูดกลับของสารสื่อประสาทเข้า Presynaptic Terminal ของเซลล์ (Reuptake Inhibitor) เพิ่มความเข้มข้นของ Norepinephrine และ Serotonin ที่บริเวณ Synapse ทันทีแต่อาการเศร้าจะดีขึ้นต่อเมื่อยาสามารถเปลี่ยนแปลงความไวของตัวรับชนิด Norepinephrine และ Serotonin Receptors ให้เป็นปกติต้องใช้เวลาสักระยะหนึ่ง

1.2.3 ยาที่เพิ่มระดับแคเทพิโคลามีนในสมองสามารถเพิ่มกิจกรรมและระดับการตื่นตัวในสัตว์ทดลองได้

1.3. ทฤษฎีต่อมไร้ท่อ (Endocrine Theory) จากการศึกษาทางประสาทวิทยาพบว่า ฮัยโปทาลมัส (Hypothalamus) ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุม Neuroendocrine Axis ต่าง ๆ ฮัยโปทาลมัสรับ Neuronal input จากระบบลิมบิก (Limbic system) ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์ ระบบลิมบิกทำให้มีการปล่อยสารสื่อประสาทชนิดต่าง ๆ ตามสภาพจิตใจในขณะนั้น ๆ เช่นระบบลิมบิกกระตุ้นฮัยโปทาลมัสให้ปล่อยฮอร์โมน Corticotropin-Releasing Hormone (CRH) จะทำให้มีการปล่อยสารสื่อประสาทนั้นเป็น NE หรือ 5-HT หรือ Ach และเพิ่มการไหลเวียนของ NE และ DA อีกทั้งกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกและมี ACTH มากระตุ้นต่อมหมวกไตให้ปล่อยคอร์ติโซน (Cortisone) ถ้าระบบลิมบิกห้ามให้ฮัยโปทาลมัสให้ปล่อยฮอร์โมน Corticotropin-Releasing Hormone (CRH) จะทำให้มีการปล่อยสารสื่อประสาทเป็น GABA นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนในผู้ป่วยหญิงจีนโด

รม (Cushing's Syndrome) และ Hyperthyroidism จำนวนมากที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับการทำงานที่ผิดปกติของระบบประสาทต่อมไร้ท่อที่ทำงานผิดปกติ นอกจากนั้น บราเซอร์ (Blazer, 1993) กล่าวว่าพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการที่มีโกรทฮอร์โมน (Growth Hormone) หลังออกมามาก จากการศึกษากลุ่มของยาโคลนิดีน (Clonidine) ต่อการลดการหลั่งของโกรทฮอร์โมน (Growth Hormone) พบว่าการตอบสนองของการหลั่งของ โกรทฮอร์โมนต่อยา มีผลทำให้ลดการความไวของตัวรับสัญญาณของ Central Alpha 2 Adrenergic ในภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีผู้เชื่อว่า เกิดจากความไม่สมดุลระหว่าง เอสโตรเจน (Estrogen) กับ โพรแลคติน (Prolactin) ซึ่งในหญิงสูงอายุวัยวัยสืบพันธุ์จะลดการหลั่งเอสโตรเจนอย่างรวดเร็วแต่ในขณะที่เดียวกัน โพรแลคตินเซลล์ (Prolactin Cell) ในต่อมใต้สมองจะยังปกติอยู่และหลั่ง โพรแลคตินออกมามาก จึงพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากที่เป็นเนื้องอกของต่อมใต้สมองจะเป็นชนิดที่มีการหลั่ง โพรแลคตินออกมามากและการขาดฮอร์โมนจากต่อมสืบพันธุ์ทำให้อาการของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงง่ายลักษณะ ทั่ว ๆ ไปจะมีความวิตกกังวลตลอดเวลาและแสดงออกโดยการพูดมาก หรือพูดไอ้อวด พูดต่อเติมจากความเป็นจริง เพราะความจำเรื่องเดิมหายไป อีกแบบหนึ่งคือ การนั่งเฉย แยกตัวและซึมเศร้า ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงได้มากที่สุดและเป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนอกจากนี้พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของการทำงานของต่อมไทรอยด์ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของภาวะ Hypothyroidism จะมีอาการและอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าอาการที่แสดงออกมานั้นพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มี การเคลื่อนไหวที่ช้าลง อารมณ์เฉื่อยชาและไม่มีสมาธิดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีการทำงานของต่อมไทรอยด์เสื่อมลงไปหรือลดลงไป จึงอาจเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้จากสาเหตุนี้

1.4 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของจังหวะชีวิตในรอบวัน (Circadian Theory) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตัวควบคุมจังหวะที่อยู่ภายในร่างกายจะทำงานเร็วขึ้นทำให้วงจร 24 ชั่วโมงของสรีรวิทยาต่าง ๆ เริ่มต้นเร็วขึ้นเช่นทำให้ระยะ REM Latency เร็วขึ้นจังหวะอุณหภูมิของร่างกายและการคัดหลั่งคอร์ติซอลเร็วขึ้น ปกติเวลาที่อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้นจะเป็นเวลาดึ้นนอน เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้นในช่วงเช้าจึงทำให้ผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าตื่นนอนเร็วกว่าปกติ (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2549)

1.5 สาเหตุจากการเกิดภาวะ Electrolyte Metabolism

สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2549) กล่าวว่าอาการเกิดอาการผิดปกติทางจิต อาจเกิดจากความผิดปกติของกระบวนการดูดซึมเกลือแร่ในร่างกายที่ผิดปกติซึ่งอาจเกิดในผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้คือในขณะที่ภาวะอารมณ์เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้นจะมีโซเดียมเข้าไปในเซลล์ประสาทมากเกินไป ซึ่งการที่โซเดียมเข้าสู่เซลล์ประสาทมากเกินไปจะทำให้สภาพทางประสาทสรีรวิทยาของเซลล์ประสาทไม่เสถียรแต่เมื่อสภาพอารมณ์กลับสู่ปกติแล้ว โซเดียมก็จะกลับคืนสู่ภาวะปกติ

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories)

2.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theories) การเกิดภาวะซึมเศร้าโดยใช้สมมติฐาน การไร้ความสามารถในการเรียนรู้ (Learned Helplessness) คือภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากการเรียนรู้ต่อเหตุการณ์ครั้งก่อน ๆ ในสภาพแวดล้อมทางสังคมนั้นว่าไม่เกิดประโยชน์อันใด ซึ่งรูปแบบของพฤติกรรมของภาวะซึมเศร้านี้เกิดจากการที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือประสบการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การสูญเสียคนรักหรือหน้าที่การงาน ซึ่งเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้เหล่านี้ทำให้บุคคลเหล่านี้เกิดการเรียนรู้ว่าพฤติกรรมของตนเองนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์ได้ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ซึ่งความรู้สึกไร้ประโยชน์ ความรู้สึกสิ้นหวัง ความเจ็บป่วยและความตาย จะทำให้บุคคลนั้นเกิดอาการซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับ ซeligman และ Maier (1967) กล่าวว่าประสบการณ์ที่มีเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้นั้นทำให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ต่อบุคคล 3 ด้าน คือ การขาดแรงจูงใจ (Motivation Deficits) การพร่องด้านความคิด (Negative Deficits) และการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ (Emotional Change) ซึ่งโดยสรุปแล้ว ภาวะซึมเศร้านี้จะทำให้เกิดการขาดแรงจูงใจ เกิดความคิดทางด้านลบ และมีภาวะอารมณ์ไม่สมดุลนั่นเอง

2.2 ทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive Theory) เบ็ค (Beck, 1967) ได้เสนอทฤษฎีการรู้คิดและความผิดปกติทางอารมณ์ (Cognitive Theory and The Emotional Disorders) ว่ารูปแบบทางด้านความคิดของภาวะซึมเศร้านี้มีหลักการสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

2.2.1 มีความคิดทางด้านลบ (Negative automatic Thoughts) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะแสดงตนเองและประสบการณ์ที่ได้รับในปัจจุบันและอนาคตในลักษณะวิถีทางที่เป็นลบ โดยผู้นั้นจะเชื่อว่าตนเองมีความบกพร่องซึ่งประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์นั้นถือเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความบกพร่องขึ้นและทำให้รู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองนั้นไร้ค่า ไม่ได้ได้รับการช่วยเหลือและสิ้นหวัง โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านี้จะเชื่อว่าตนเองไม่สามารถฝ่าฟันอุปสรรคไปได้และปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นทั้งกับผู้อื่นและสภาพแวดล้อมนั้นถูกตีความเป็นความบกพร่องและในที่สุดก็เป็นการทำลาย นอกจากนี้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะคิดว่าภาวะซึมเศร้าไม่มีจุดสิ้นสุดและไม่มีสิ่งใดที่จะทำให้เกิดความพอใจได้อีก ซึ่งในรูปแบบทางด้านความคิด (Cognitive Model) ถือว่าอาการของภาวะซึมเศร้านี้เป็นผลมาจากลักษณะของความคิด (Cognitive Traits) ซึ่งเป็นความคิดทางด้านลบทั้งต่อตนเอง โลกหรือสภาพแวดล้อม และอนาคต

2.2.2 มีความบกพร่องทางความคิดที่เป็นระบบ (Systematic Logical Errors) เป็นการบกพร่องในด้านการคิด ทำให้ผู้นั้นยังคงมีความเชื่อในความคิดทางด้านลบของตนเอง โดยเบ็คและคณะ (Beck et al., 1979) อธิบายว่าเป็นความคิดที่ปราศจากเหตุผล (Arbitrary Inference) เลือกลึกคิด (Selective Abstraction) มีความคิดอ้างอิงเชื่อมโยงไปไกลกว่าความเป็นจริง (Overgeneralization) การขยายและย่อเรื่องราวจนเกินจริง (Magnification and Minimization) มีความคิดว่าสิ่งต่าง ๆ เป็น

เรื่องเกี่ยวกับตนเองมากเกินไป (Personalization) และมีความคิดว่าสิ่งต่าง ๆ เป็นสองขั้วเท่านั้น (Absolutist Dichotomous Thinking) เช่น ถูก-ผิด ดี-เลว

2.2.3 มีแบบแผนของภาวะซึมเศร้า (Depressogenic Schemata) จากแนวคิดของของแบบแผนของภาวะซึมเศร้า พบว่าโดยทั่วไปวิธีการคิดของบุคคลจะตั้งอยู่บนทัศนคติและข้อสันนิษฐานที่ได้พัฒนามาจากประสบการณ์ครั้งก่อน ๆ ก่อให้เกิดกลุ่มของทัศนคติ ความเชื่อและสมมติฐานที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ในโลกภายในและภายนอกที่เชื่อมต่อกันระหว่างสิ่งที่บุคคลรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งที่รับรู้ที่เรียกว่า สติมาร์ (Schemas) ซึ่งซ่อนอยู่ภายในระยะเวลาอันยาวนาน แต่ถูกกระตุ้นให้แสดงออกโดยเหตุการณ์หรือความเครียดต่าง ๆ ทำให้เกิดเป็นวิธีการคิดที่บุคคลใช้ในการตีความครั้งต่อไป เบคจึงได้ใช้แบบแผนทางด้านความคิดนี้ในการอธิบายว่า ทำไมบุคคลที่มีความซึมเศร้าจึงยังมีความคิดเห็นทางด้านลบทั้ง ๆ ที่ไม่ได้อยู่ในสถานการณ์ที่ตรงข้ามกัน

ดังนั้นศูนย์กลางของภาวะซึมเศร้าก็คือทัศนคติของบุคคลนั้น ๆ ต่อตนเอง สภาพแวดล้อมทางสังคมและอนาคต โดยมีอัตมโนทัศน์แห่งตน (Self-Concept) เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นมีทัศนคติต่อตนเองอย่างไร ซึ่งในผู้ที่มีทัศนคติต่อตนเองในด้านลบนั้น จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่าไม่มีค่า ไม่เป็นที่ต้องการ และมักจะตีความปฏิสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งอื่น ๆ ว่าเป็นสิ่งที่บกพร่อง น่าละอายใจ เมื่อบุคคลเหล่านั้นต้องเผชิญกับความเครียดเช่น การเกษียณ การเจ็บป่วย บุคคลเหล่านั้นก็จะตีความสถานการณ์ดังกล่าวว่าเป็นความพ่ายแพ้ เกลียดตนเอง รู้สึกผิดและไร้ค่าซึ่งเป็นการตีความที่บิดเบือนจากความเป็นจริง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

2.3 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ทฤษฎีนี้ได้กล่าวไว้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจต่อการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก (Loss of Object) และความรู้สึกเศร้าเสียใจ (Grief or Mourning) มีความคล้ายคลึงกับอารมณ์เศร้า (Melancholia) แต่มีความแตกต่างกันตรงที่ความรู้สึกเศร้าเสียใจนั้นเป็นความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักในระดับจิตสำนึก (Conscious) และไม่มีภาวะของการสูญเสียความมีคุณค่าแห่งตนแต่อารมณ์เศร้านั้นเป็นความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักในระดับจิตไร้สำนึก (Unconscious) แต่ไม่ได้เกิดการสูญเสียในความเป็นจริงและมีภาวะของการสูญเสียความมีคุณค่าแห่งตน ฟรอยด์ (Freud) อธิบายถึงอาการเศร้าที่มีมากและเข้มข้นขึ้นนั้นเป็นผลมาจากลิบิโด (Libido) หรือพลังขับทางเพศ (Sexual Drive) เข้าครอบงำสิ่งอันเป็นที่รัก (An object) ภายในจิตสำนึกแต่ในช่วงระยะเวลาหนึ่งบุคคลก็สามารถที่จะปลดปล่อยความรู้สึกนี้ได้ เนื่องจากบุคคลสามารถที่จะรู้สึกตนและยอมรับได้ ขณะเดียวกันก็สามารถที่จะสละความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักนั้นไปอย่างช้า ๆ โดยการทำงานที่เป็นกระบวนการของความรู้สึกเศร้าเสียใจ (Mourning Proceeds) แต่ถ่าลิบิโดหรือพลังขับทางเพศเข้าครอบงำสิ่งอันเป็นที่รักภายในจิตไร้สำนึกภาวะซึมเศร้าจะเรื้อรังอยู่เป็นเวลานานกว่าปกติจนกลายเป็นกระบวนการของความรู้สึกเจ็บปวดที่เรื้อรังและนานกว่าปกติ เนื่องจากเกิดภาวะของการถดถอย (Regression) กลับไปสู่ระยะแรกของกระบวนการลอกเลียนแบบ (Identification) คือระยะขั้นปาก (Oral stage) ทำให้สิ่งอันเป็นที่รักที่

๖๖.๙๕๑๗

พ.๕๒๑

๑.๔

284366

สูญเสียไปนั้นเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของอีโก้ (Ego) โดยบุคคลนั้นมักจะเลียนแบบทำอีโก้ให้เหมือนกับสิ่งอันเป็นที่รักที่สูญเสียไปเช่น ถ้าพ่อเสียชีวิต ลูกชายมักจะทำตัวให้เหมือนพ่อโดยรับช่วงทำงานที่พ่อเคยทำมาก่อนกริยาทำทางและพฤติกรรมแบบเดียวกับพ่อหรือผู้ป่วยโรคจิตคนหนึ่งได้กล่าวว่าตนเองได้ทำความคิดที่พ่อเป็นคนก่อตั้งขึ้นทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยเองไม่เคยทำผิดในเรื่องนั้นเลย แต่เนื่องจากความคิดในอุดมคติ (Ego Ideal) หรือมโนธรรม (Conscience) ซึ่งเป็นศีลธรรมประจำใจที่ปลูกฝังมาตั้งแต่เล็กกว่าให้กระทำแต่สิ่งที่ดี จะกระทำการดูถูกหรือดิเคียนความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักภายในอีโก้ ก่อให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งอันเนื่องมาจากความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียด (Conflict of Ambivalence) ขึ้นภายในจิตใจ ผลที่ตามมาคือบุคคลนั้นจะมีความ รู้สึกดิเคียนและกล่าวโทษตนเอง รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าแห่งตน (Loss of Esteem) รู้สึกดูถูกตนเอง (Self-Vilification or Delusional Belittling) รวมทั้งมีรูปแบบของการวิจารณ์และดิเคียนตนเอง (Self-Criticism) ซึ่งความคิดดังกล่าวจะเป็นตัวผลักดันในทางทำลายและจะมีลักษณะคิดซ้ำ ๆ ย้อนไปย้อนมาภายในจิตใจ โดยการแสดงออกของบุคคลที่มีอาการซึมเศร้าจะวนกลับมา กลายเป็นความรู้สึกก้าวร้าวต่อบุคคลอื่น แต่ในบุคคลซึ่งไม่สามารถแสดงความรู้สึกก้าวร้าวออกมาได้ก็จะเกิดความรู้สึกสิ้นหวังและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ลักษณะดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงสภาพของการย้อนเข้าทำลายตนเอง (Introjections) ของอีโก้ซึ่งสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักไป

3. ทฤษฎีทางสังคม (Social Theories) การเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอกเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลจาก จาริต ประเพณีเสื่อมลงซึ่งทำให้บุคคลยอมรับสภาพและปรับตัวให้เข้ากับสังคมดังกล่าวไม่ได้ ทำให้เกิดทัศนคติทางลบและแยกตัวออกจากสังคม นอกจากนี้ตามทฤษฎี ทางด้านสังคมนั้นกล่าวว่า สาเหตุของภาวะซึมเศร้าจะเน้นปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมตามทฤษฎีสังคม บุคคลมีงานที่จะต้องพัฒนาไปตามวัย (Developmental Tasks) ตั้งแต่แรกเกิดไปจนถึงวัยสูงอายุ แตกต่างกันไปในแต่ละช่วงชีวิต ที่ผ่านมามีพบว่าผู้สูงอายุมีการพัฒนางานใน 6 ลักษณะคือการต่อสู้กับภาวะความอ่อนแอของร่างกายและความเสื่อมของสุขภาพ การปรับตัวให้เข้ากับภาวะเกษียณอายุและการเปลี่ยนแปลงสถานะด้านการเงิน การปรับตัวต่อการตายของคู่สมรส การเข้าร่วมกลุ่มบุคคลวัยเดียวกัน การปรับตัวให้เข้ากับรูปแบบสังคมใหม่ และความรับผิดชอบในฐานะพลเมืองและการดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจในระบบชีวิตปัจจุบันที่เหลืออยู่ ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถพัฒนาตนเองตามช่วงชีวิตนี้ได้จะแสดงปฏิกิริยา ออกมาเพื่อเผชิญกับภาวะกดดันและเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

จากการศึกษาของเมอร์ฟี (Murphy, 1992) พบว่ารูปแบบทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้านั้น มักจะเกิดจากความผิดปกติของจุดกำเนิดในสังคมนั้นคือ ภาวะซึมเศร้านั้นมีสาเหตุจากการได้รับประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในสังคมที่บุคคลนั้น ๆ อยู่โดยประสบการณ์เหล่านี้อาจเป็นเหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน เช่น การสูญเสียเพื่อนรักหรือคู่รักจะทำให้บุคคลนั้นเกิดประสบการณ์ของการหมดหนทางช่วยเหลือ (Helplessness) และขาดสติในการควบคุมต่อสภาพแวดล้อมที่

เกิดขึ้นซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นสิ่งที่สำคัญในการพิจารณาถึงรูปแบบทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าประการหนึ่งคืออัตราของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในแต่ละกลุ่มของสังคม โดยพบว่า ความแตกต่างทางเพศเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดอัตราของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (Mazure et al., 2002) รายงานว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาต่อภาวะสุขภาพหลักของผู้หญิงมากกว่าโรคอื่น ๆ จากการศึกษาที่ผ่านมาในหลายประเทศที่มีวัฒนธรรมที่ต่างกันพบว่าผู้หญิงมีการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายถึงสองเท่า (Kuehner, 2003; Nolen-Hoeksema & Keita, 2003) การที่เป็นเช่นนี้จะต้องมองถึงการขยายของสังคมที่เกี่ยวข้องกับบทบาทสถานภาพทางสังคมและความเครียดต่อบทบาทเหล่านี้ของผู้หญิงการที่สังคมขยายไปข้างหน้าเช่นนี้ทำให้บทบาททางสังคมของผู้หญิงในสมัยก่อนนั้นหมดความสำคัญและหมดอำนาจลงอีกทั้งบทบาทบางอย่างของผู้หญิงเช่น การดูแลเด็ก คนทำความสะอาด แม่บ้านซึ่งสังคมไม่ได้ให้คุณค่ามากนักต่อความต้องการ ในบทบาทนี้และมักมีค่าจ้างที่ค่อนข้างต่ำประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเหล่านี้จึงทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังซึ่งเป็นลักษณะของภาวะซึมเศร้าขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับบาร์ท (Bart, 1974 cited in Blazer, 1982) ที่กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลของโครงสร้างทางสังคมซึ่งทำให้คนเราขาดบทบาทและไม่สามารถกำหนดค่าชีวิตของตนเองได้

จากทฤษฎีดังกล่าวข้างต้นแต่ละทฤษฎีได้พยายามศึกษาวิจัยเพื่ออธิบายถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในบุคคล และแม้ว่าจะมีทฤษฎีที่สามารถอธิบายสาเหตุการเกิดของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ และการรักษาที่ผ่านมาได้พัฒนาจากสาเหตุการเกิดตามแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวมาแล้ว แต่เหตุใดจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในถึงยังคงมีอยู่ และมีแนวโน้มจะสูงเพิ่มมากขึ้นดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุน่าจะมาจากแนวคิดของทฤษฎีหลายทฤษฎีร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวคิดด้านชีววิทยา จิตวิทยาและสังคมซึ่งมาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมภายนอกตัวบุคคลของผู้สูงอายุ เช่น ภาวะเศรษฐกิจและสังคม การขาดการกำจุนและแรงสนับสนุนจากสังคม การสูญเสียออกเนื่องจากสภาพการเปลี่ยนแปลงภายในตัวของผู้สูงอายุเช่น การเปลี่ยนแปลงของความเสื่อมของร่างกาย ความอ่อนแอ และความเสื่อมสภาพซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกนี้ทำให้ปัจจุบันผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไร้เหว่ หงอยเหงา บวกกับปัจจัยทางด้านชีววิทยา เช่น ยีนส์หรือกรรมพันธุ์จากครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลที่อาจเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ ซึ่งปัจจัยทั้งหลายที่กล่าวมาทั้งหมดนี้อาจเป็นสาเหตุและนำผู้สูงอายุไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

การวินิจฉัยโรคและอาการ ในปัจจุบันสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 1994) ได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depression) ซึ่งได้แก่ อาการทางด้านอารมณ์ (Mood) ความสนใจ (Interest) ความอยากอาหาร (Appetite) การนอน

หลับ (Sleep) การเคลื่อนไหว (Psychomotor) พลังงาน (Energy) ความรู้สึกผิด (Guilt) สมาธิ (Concentration) และความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide) อาการของภาวะซึมเศร้ามี ดังนี้

1. มีอารมณ์ซึมเศร้า หดหู่ สิ้นหวังอยู่ตลอดเวลาหรือมีการร้องไห้ร่วมด้วย
2. ขาดความสนใจหรือลดความสนใจจากกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยสนใจทำเช่น การเข้าสังคม งานอดิเรก การสังสรรค์ ความสนใจหรือความต้องการทางเพศ
3. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป อยากอาหารลดลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลดแต่บางรายจะมีอาการกินมากน้ำหนักเพิ่ม ได้หรือมีน้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงไปมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวภายในระยะเวลา 1 เดือน
4. มีอาการนอนไม่หลับในตอนกลางคืน โดยพบบ่อยว่าจะตื่นเช้ากว่าปกติแต่ในบางรายจะพบว่านอนมากกว่าปกติและกลางวันก็นอนมากด้วย
5. มีการเคลื่อนไหวช้า เฉื่อย แต่ในบางรายจะพบอาการกระสับกระส่าย หุดลุกหุดนั่ง หงุดหงิดง่าย
6. มักจะรู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่กระฉับกระเฉง เฉยชา ตลอดวัน ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงหรือใช้เวลาในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าปกติถึงสองเท่า
7. มีความรู้สึกผิด มักจะบ่นว่าตำหนิตนเองคิดว่าตนเองไม่ดี เป็นภาวะของผู้อื่นหรือไร้ค่า มีความคิดที่ไม่น่าให้อภัยและรำพึงถึงความผิดพลาดเพียงเล็กน้อยในอดีต
8. มีสมาธิเสีย พุดซ้ำ คิดซ้ำ ตอบซ้ำ การตัดสินใจบกพร่อง
9. มีความคิดบ่อย ๆ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือการตาย พยายามฆ่าตัวตาย มีความรู้สึกที่ชีวิตไม่มีค่าพอที่จะอยู่ต่อ ต้องการที่จะตายซึ่งความคิดที่จะฆ่าตัวตายนี้อาจจะเกิดขึ้นเพียง 1-2 นาทีหรืออาจคิดย้อนกลับไปกลับมาประมาณ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

จากอาการทั้งหมดที่กล่าวถึง ผู้ป่วยจะต้องมีอาการอย่างน้อย 5 อาการใน 9 อาการอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับอารมณ์ซึมเศร้าและเบื่อหรือหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ อย่างน้อย 2 สัปดาห์จึงจะวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้า นอกจากนี้สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 1994) ยังได้แบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ (Mind Depression) ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้จะมีอาการซึมเศร้าเพียง 5-6 อาการมีความรู้สึกเศร้าหมองในบางขณะซึ่งบางทีมีสาเหตุและเหตุผลเพียงพอแต่บางทีก็ไม่มี มีอาการอ่อนเพลีย เฉื่อยชาหรืออาการไม่สบายทางกาย ตรวจร่างกายแล้วไม่พบความผิดปกติแต่อย่างใด มีอารมณ์เศร้าเพียงจิตใจหดหู่เล็กน้อยอาจนำมาด้วยอาการย้ำคิดย้ำทำ ขาดความเชื่อมั่นตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า คิดไม่ออก ทำอะไรล่าช้ามาก พุดซ้ำ ตอบซ้ำ ตัดสินใจลำบาก มักรู้สึกหมดหวัง คิดว่าตนเองมีบาปหรือ มีความผิดในสิ่งที่ทำผิดพลาดเพียงเล็กน้อย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย สมาธิไม่ดี แต่สติปัญญายังดีอยู่ บางรายมีอาการหดหู่ อ่อนไหวง่าย คือวัน ไม่เห็นใจผู้อื่น มักเห็นแต่ความผิดผู้อื่น อาการเศร้าไม่เด่น บางรายออกมาในรูปโกรธ เกรี้ยวกราด และ

เอาโทษผู้อื่น ซึ่งส่งผลให้เกิดความบกร่องในหน้าที่การงาน มีกิจกรรมทางสังคม หรือสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression) มีอาการหลายอย่างเช่นเดียวกับระดับเล็กน้อย แต่รุนแรงกว่าจนกระทบกระเทือนต่อชีวิต แต่ยังคงดำเนินชีวิตประจำวันได้แม้ไม่สมบูรณ์นัก บุคคลจะรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เจ็บปวดใจ พุดจาลำบาก ความคิดซ้ำ ย้ำคิดย้ำทำ

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression) ผู้มีภาวะซึมเศร้าระดับนี้จะมีอาการซึมเศร้าทั้งหมด 9 อาการ อาการจะอยู่ในระดับรุนแรงและเป็นเวลานาน มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัดเช่น ีรยะกัม ใหลห่อ สีหน้าไม่แสดงความรู้สึก หน้าผากย่น มองต่ำ ตลอดเวลา มีรอยย่นระหว่างคิ้ว มุมปากห้อยต่ำกว่าธรรมดาเป็นลักษณะของคนหดหู่มากมาก เมื่ออาหาร น้ำหนักลดมากดูเหมือนคนเจ็บ เหงื่อออกน้อยกว่าธรรมดา คอแห้ง กล้ามเนื้อหย่อน พียงผูก ความต้องการทางเพศลดลง หรือหมดไป ความสนใจต่อสภาพแวดล้อมลดลง มีความวิตกกังวลสูง การนอนมีลักษณะเด่นคือหลับช้ากว่าปกติ แต่ตื่นเช้ากว่าปกติมาก มีอาการไม่สบายในตอนเช้า ซึ่งเป็นเวลาที่ไม่สบายที่สุดของวันถ้ามีอาการรุนแรงขึ้นผู้สูงอายุจะรู้สึกหมดหวังจึงเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองมากและเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้ใกล้ชิดด้วยซึ่งอาการที่เกิดขึ้นนี้จะส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงานกิจกรรมทางสังคมหรือการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นเป็นอย่างมาก

อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

มอส และ ครอนกีร์ (Moos and Cronkite, 1999) กล่าวว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านักแสดงอาการเหนื่อยง่าย (Fatigue) ขาดความสนใจ (Loss of Interest) ้งวนนอน (Insomnia) แยกตัวออกจากสังคม (Social Withdrawal) และ มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation)

สุดสบาย จุลกัทัพพะ (2540, หน้า 12000-1202) กล่าวว่า ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้านักจะมีอาการวิตกกังวล (Anxiety) อาการทางกายต่าง ๆ (Somatic or Hypochondriacal Symptoms) ความจำไม่ดี (Difficulty with Memory) ปวดเรื้อรัง (Chronic Pain) ความจำเสื่อม (Dementia) ไม่รวมมือในการรักษา (Non-Compliance with Medication and Other Treatments) ไม่สนใจตนเอง (Self-Neglect) โดยผู้ป่วยในกลุ่มนี้แม้จะไม่พูดถึงอารมณ์เศร้าแต่เมื่อถามถึงอาการต่าง ๆ ของภาวะซึมเศร้าเช่น นอนไม่หลับ ความสนใจเสีย ฯลฯ จะพบมีอาการเหล่านี้ร่วมด้วยเสมอ

ดวงใจ กสานติกุล (2542) กล่าวว่า ผู้สูงอายุมักมีปัญหารอบด้านที่มารุมเร้าและก่อให้เกิดความเครียด อาจเกิดความคับแค้นใจเนื่องจากลูกหลานไม่รักไม่ปรองดองกัน ไม่ห่วงใยสนใจตน ซึ่งบางครั้งการแสดงอาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พบว่าจะแสดงออกด้วยอาการนอนไม่หลับ รู้สึกเบื่ออาหาร เหมือนลิ้นไม่รู้รสชาติ ไม่อยากอาหาร อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย คิดมาก ท้อแท้ ใจ คอหดหู่ บางคนถึงกับร้องไห้ บ่นหมกอาลัยอยากตาย บางครั้งไม่ยอมให้เป็นภาระลูกหลาน อาการเหล่านี้ถ้าเกิดการสะสมและเป็นมากขึ้นส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้น

สมภพ เรื่องตระกูล (2543) กล่าวว่าโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีอาการแตกต่างจากผู้ที่อายุน้อย ลักษณะอาการที่เด่นชัดคือจะมีอาการไม่สบายทางกายมากในขณะที่ความผิดปกติของอารมณ์มีไม่มากหรือไม่ชัดเจน ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าจะมีอาการแสดงดังนี้มีความคิดว่าสุขภาพตนไม่ดี มีอาการที่ไม่สบายทางกายหลายอย่าง เช่น อ่อนเพลียไม่มีแรง สมองมีนชา ปวดศีรษะ ท้องอืดเพื่อแน่นท้อง คลื่นไส้อาเจียน บางรายกังวลกลัวเป็นโรคทางกายที่ร้ายแรง มีความรู้สึกไม่ร่าเริงหรือแจ่มใส มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูก นอนไม่หลับ มักตื่นตอนดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ สมรรถภาพในการทำงานลดลง ร่วมกับอาการอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย ความคิดเชิงซ้ำ สมาธิเสียลง ไม่มีความมั่นใจ มีอาการพุงพลาถน กระวนกระวาย มีความรู้สึกไร้คุณค่า ถูกทอดทิ้งและท้อแท้สิ้นหวัง มีความรู้สึกผิด ลงโทษตนเอง ในบางรายที่เป็นมากจะมีอาการเมื่อชีวิตคิดอยากตาย อาจเกิดร่วมกับโรคจิตจะมีอาการหลงผิดชนิดอื่นร่วมด้วย

โดยสรุปลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นมักจะพบลักษณะอาการที่แสดงออกให้เห็นทางกายเช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดศีรษะ ปวดเรื้อรัง นอนไม่หลับ ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ท้องผูก เบื่ออาหาร มีอารมณ์หงุดหงิดง่ายเป็นต้นและอาการอื่น ๆ เช่น ไม่มีสมาธิคิดซ้ำ มองตนเองในแง่ลบ รู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเอง มีอารมณ์เศร้า เบื่อชีวิต อาจถึงขั้นคิดฆ่าตัวตาย

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และสังคม ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจนกระทั่งถึงแก่ชีวิตได้อย่างไรก็ตามผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่เกิดต่อผู้สูงอายุมิทั้งทางตรงและทางอ้อม

1. ผลกระทบทางตรง

1.1. ความสามารถในการตัดสินใจลดลง ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาในลักษณะที่ไม่เหมาะสมเช่น ดื่มสุรา จึงทำให้เกิดการคิดสุราตามมา โดยพบว่า บุคคลที่ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า มักจะมีการดื่มสุราเพื่อหนีปัญหาเนื่องจากคิดว่าไม่สามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้และคิดว่าการดื่มสุราทำให้ลืมปัญหาแท้จริง ๆ แล้วการดื่มสุราเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นและจากนั้นก็อาจมีการฆ่าตัวตายตามมา ซึ่งการฆ่าตัวตายนั้นภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ทำนายการฆ่าตัวตายได้นั้นคือสามารถบอกได้ว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอันตรายต่อชีวิตได้

1.2. มีอาการหลงลืมมักพบว่าผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าจะมีการหลงลืมแบบในวัยสูงอายุตอนปลายได้เร็วยิ่งขึ้นมากกว่าปกติ เพราะจะมีอาการแสดงที่สำคัญคือมีอาการสูญเสียความจำ

1.3. ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลงสภาวะตึงเครียดทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นอันเป็นผลจากสารเคมีและจิตใจที่เปลี่ยนไปในช่วงที่เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น ซึ่งจะมีผลกระทบโดยตรงต่อระบบภูมิคุ้มกันทานลดลงเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้ง่ายตามมา

2. ผลกระทบทางอ้อม

2.1 ขาดสารอาหาร เนื่องจากบุคคลที่กำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีอาการสำคัญอย่างหนึ่งคือ ไม่มีความอยากรับประทานอาหารหรือมีการปฏิเสธการรับประทานอาหารซึ่งจะทำให้มีการขาดสารอาหารอย่างรุนแรง สุดท้ายจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงยิ่งขึ้นตามมาด้วย

2.2 ความเจ็บป่วยที่รุนแรงยิ่งขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ ในผู้ที่เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นร่วมด้วยจะทำให้อาการความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่รุนแรงยิ่งขึ้นหรือหายจากการเจ็บป่วยช้ากว่าปกติอีกทั้งเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายมากขึ้น สุดท้ายทำให้ระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่สั้นลง ทั้งนี้เนื่องจากความสนใจในเรื่องต่าง ๆ ลดลง

2.3 อุบัติเหตุภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีความตื่นตัวลดลงทำให้ไม่สนใจหรือให้ความสนใจต่อสิ่งรอบข้างลดน้อยลง นอกจากนี้ขาดแรงจูงใจในการเฝ้าระวังอุบัติเหตุหรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างฉุกเฉินลดลง

2.4 สภาพร่างกายทรุดโทรมจากที่ภาวะซึมเศร้ามีอาการอย่างหนึ่งคือการนอนไม่หลับ จึงทำให้เกิดความอ่อนเพลียเหนื่อยล้าตามมา

2.5 สูญเสียการสนับสนุนทางสังคมเนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นบุคคลนั้นจะแยกตัวมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ในแง่ร้ายหรือด้านลบและมีพฤติกรรมต่อต้านทางสังคมจึงเป็นผลให้ไม่ยอมรับการช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่าง ๆ จากผู้อื่น

2.6 ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงานเป็นผลมาจากความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิ และด้วยระดับความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงส่งผลย้อนกลับไปทำลายสถานภาพของบุคคล ความภาคภูมิใจซึ่งจะยิ่งไปเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าให้มากยิ่งขึ้น

การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

มีหลายวิธีที่สามารถนำมาใช้ในการบำบัดรักษาตามรายละเอียดดังนี้

1. การวางแผนการรักษาควรเริ่มจากการประเมินอาการของผู้สูงอายุโดยมุ่งเป้าไปที่การรับประทานยาทุกชนิดที่ผู้สูงอายุได้รับและอาการเจ็บป่วยที่มีในปัจจุบันซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (Alexopoulos et al., 2002) การรักษาโดยการใช้ยาด้านอาการซึมเศร้าและการรักษาแบบจิตบำบัดมีความจำเป็นทั้งสองแบบในการรักษาอาการซึมเศร้า

2. การรักษาแบบควบคู่กันทั้งการใช้ยาด้านอาการซึมเศร้าและการรักษาแบบจิตบำบัดควรใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าในช่วงหลัง (Alexopoulos, 2001) ขณะที่การรักษาด้วยยาหรือด้วยการทำจิตบำบัด จะเป็นการรักษาที่เลือกใช้ในกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงปานกลาง ส่วนการรักษาด้วยการกระตุ้นไฟฟ้าควรพิจารณาทำในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาด้านอาการซึมเศร้าและอาการยังคงอยู่ในระดับรุนแรงและมีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและมือ การเหมือนคนที่ตายแล้ว เช่น ขาดสารน้ำและอาหารหรือมีอาการแสดงออกของโรคจิต

3. การรักษาด้วยยาจะได้ผลดีเมื่อผู้สูงอายุได้รับการรักษาแบบเดียวกับการรักษาในวัยผู้ใหญ่ เนื่องจาก Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) และ Serotonin-Norepinephrine Reuptake inhibitors (SNRIs) ยาทั้งสองชนิดนี้เป็นยาที่เลือกใช้ในการรักษาอาการซึมเศร้าซึ่ง มียา Bupropion และ Mirtazapine (Alexopoulos et al., 2001; Alexopoulos et al., 2005) แม้ว่าในการให้ยาในเริ่มแรกแก่ผู้สูงอายุจะเริ่มด้วยการ SSRIs ในขนาดต่ำ แต่ท้ายที่สุดขนาดยาที่ให้แก่อุสูงอายุควรมีขนาดเดียวกับที่ให้ในวัยผู้ใหญ่

4. การให้ยา Nortriptyline ตามด้วยยา Desipramine เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่เหมาะสมต่อการรักษาด้วย SSRIs ในกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงในผู้สูงอายุ (Alexopoulos et al., 2005) ซึ่งจะทำให้ระดับความเข้มข้นของพลาสมา (Plasma) อยู่ในระดับ 60-120 mg/L และ > 115 mg/L สำหรับยาที่ควรหลีกเลี่ยงคือ Amitriptyline . Imipramine, Doxepin, Amoxapine, Maprotiline, Trazodone, Tranylcypromine, and Isocarboxazide

5. ขนาดของยาด้านอารมณ์เศร้าที่เหมาะสมควรให้อย่างน้อย 4 สัปดาห์ ก่อนที่จะตัดสินใจว่ายาที่ให้ไม่ได้ผลถ้าผู้ป่วยตอบสนองต่อยาด้านอาการซึมเศร้าได้ไม่ดี แพทย์ต้องพิจารณาที่จะให้ยาในขนาดที่สูงขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยยังคงมีอาการไม่ตอบสนองต่อยาที่ได้รับควรต้องพิจารณาหาสาเหตุอื่น ๆ ร่วมในกรณีการรักษาด้วยการใช้ไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) นั้นสามารถพิจารณาให้ได้ในกรณีที่รักษาด้วยวิธีอื่นแล้วผู้ป่วยยังมีอาการทรุดลงกว่าเดิม

6. สำหรับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เกิดจากภาวะเครียดการรักษาด้วยการทำจิตบำบัดหรือรักษาด้วยทั้งวิธีการให้ยาด้านอาการซึมเศร้าและการทำจิตบำบัดเป็นสิ่งที่ควรต้องทำ ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะตอบสนองต่อการรักษาด้วยการรักษาแบบประคับประคอง มากกว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้าแบบอื่น ๆ (Oxman & Hull, 2001) อย่างไรก็ตามการติดตามผลการรักษาควรติดตามในระยะ 2 สัปดาห์ ถ้าอาการซึมเศร่ายังคงปรากฏมากกว่า 2-3 เดือน การรักษาด้วยยาด้านภาวะซึมเศร้าควบคู่การรักษาด้วยการทำจิตบำบัดเป็นการรักษาที่ควรเลือกทำ เนื่องจากว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวหรือการรักษาด้วยการทำจิตบำบัดอย่างเดียวจะไม่เพียงพอในการเลือกใช้ (Alexopoulos et al., 2001)

7. การรักษาด้วยวิธีการบำบัดแนววิหิต (Cognitive-Behavioral Therapy) การรักษาด้วยวิธีการบำบัดบุคคล (Interpersonal therapy) การรักษาด้วยวิธีการประคับประคอง (Supportive Psychotherapy) การรักษาโดยวิธีการ Problem-Solving Therapy เป็นวิธีการที่นักจิตบำบัดเลือกใช้ ในการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งการรักษาด้วยวิธี Cognitive-Behavioral Therapy จะเป็นวิธีที่ได้ผลในการรักษาแบบรายบุคคลในผู้สูงอายุมากกว่าในวัยผู้ใหญ่ (Koder et al., 1996) ขณะที่การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะ โรคเป็นผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวในการรักษาอาการของภาวะซึมเศร้า (Gilbody et al., 2003; Sirey et al., 2001, 2005)

การประเมินภาวะซึมเศร้า

เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีอาการแสดงในหลาย ๆ มิติจึงทำให้มีการให้คำนิยามสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ต่างกันออกไป นอกจากนี้อาการที่แสดงให้เห็นเป็นลักษณะทั่วไปที่สามารถปรากฏได้ในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ได้ (Kranich, 1995) จึงมีบุคคลต่าง ๆ ได้สร้างเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าขึ้นมามากมายซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. การประเมินความซึมเศร้าโดยวิธีการสังเกต
2. การประเมินความซึมเศร้าโดยวิธีให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง หรือประเมินคำบอกเล่าที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

แต่เนื่องจากการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยใช้วิธีการสังเกตนั้นเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก ผู้ประเมินต้องมีความสามารถและชำนาญในการสังเกตและการตัดสินใจตัดสินอารมณ์เศร้ารวมทั้งมีโอกาสผิดพลาดได้ง่ายเนื่องจากไม่สามารถประเมินได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน ดังนั้นการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงนิยมใช้ประเมินโดยให้ผู้สูงอายุประเมินตนเองหรือประเมินจากการสัมภาษณ์ (Greist & Jefferson, 1992; Jacoby, 1997) โดยใช้แบบประเมินต่าง ๆ ดังนี้

1. Zung Self-Rating Depression Scale ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ โดยแบ่งข้อความด้านบวกและลบเท่า ๆ กัน แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่น 0.73 แบบประเมินนี้ไม่ค่อยนิยมใช้เนื่องจากไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวัดของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา ในเรื่องของการคิดฆ่าตัวตาย อาการทางจิตบางอย่าง และไม่ครอบคลุมอาการทางกาย

2. Wakefield Self Assessment Inventory พัฒนาจากแบบประเมินของ Zung ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อคำถาม แบบประเมินชุดนี้มีค่าความเชื่อมั่น 0.63 แม้จะได้รับความนิยมในระยะหนึ่งแต่ต่อมาการวิพากษ์วิจารณ์ว่าแบบประเมินขาดความแตกต่างอย่างชัดเจนในเรื่องคะแนนเมื่อเปรียบเทียบกับการตัดสินใจโดยภาพรวมนอกจากนี้ ไม่สามารถวินิจฉัยลักษณะทางคลินิกที่แท้จริงของภาวะซึมเศร้าได้ บางครั้งจัดให้คะแนนสูงซึ่งอาจเกิดจากบุคคลนั้นมีปัญหาด้านอารมณ์และความเจ็บป่วยด้านร่างกายด้วยนั่นเอง

3. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ เบ็ค Beck Depression Scale (BDI), Raskin, Zung, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner ซึ่งออกแบบเพื่อวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชนเป็นการวัดอาการซึมเศร้าในแง่ของกลุ่มอาการในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมามีข้อคำถามอยู่ 20 ข้อค่าคะแนนมีตั้งแต่ 0-60 คะแนน สำหรับเกณฑ์การตัดสินใจของคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่าบุคคลนั้นมีภาวะซึมเศร้า มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.85-0.89 ข้อดีของแบบสอบถามฉบับนี้คือสะดวกในการนำไปใช้ ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่ายง่ายต่อการแปลผล ส่วนข้อจำกัดคือไม่สามารถแยกได้ว่า ภาวะซึมเศร้า

ที่เกิดขึ้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อนหรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตหรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

4. Beck Depression Scale (BDI) แบบสอบถามฉบับนี้สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1961 โดยใช้วัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ได้ปรับปรุงใหม่ในปี 1987 แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การใช้แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยถามคำถามแล้วให้ผู้ตอบคำถามกรอกคำตอบลงในแบบประเมินเพื่อลดความผิดพลาดต่อมาได้มีการพัฒนา แบบสอบถามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สะดวกใช้และครอบคลุมกับกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่น 0.93

5. Geriatric Depression Scale (GDS) แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าได้แก่ อารมณ์ ความคาดหวังทางลบ การเคลื่อนไหวทางด้านร่างกาย การรู้คิด การแยกตัว จำนวน 30 ข้อ ข้อดีของแบบสอบถามฉบับนี้คือสะดวกต่อการนำไปใช้และเข้าใจได้ง่ายมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องในการรับรู้ อ่านหนังสือ ไม่ออก ขาดทักษะในการเขียน บกพร่องทางสติปัญญาและไม่สามารถนำไปใช้ในการประเมินอาการที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปได้เช่นความผิดปกติในการนอนหลับ ความอยากรับประทานอาหารและไม่สามารถใช้แยกอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุได้

สำหรับประเทศไทย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยได้รวมกลุ่มบรรดาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์และนักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย มาประชุมว่าร่วมกันเพื่อพัฒนาสร้างแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยขึ้นใช้ชื่อว่าแบบวัดความเศร้าของผู้สูงอายุไทยโดยใช้ต้นแบบจากแบบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุของเขซาเวจ และคณะ ลักษณะของแบบวัดความเศร้านี้เป็นการตอบข้อความว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ใน 30 ข้อคำถาม สำหรับการให้คะแนนจะเป็นระบบได้ 0 หรือ 1 คะแนนในแต่ละข้อคำถาม ลักษณะข้อคำถามจะเป็นความรู้สึทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมโดยมีข้อความที่เป็นความรู้สึกทางด้านบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 9, 21, 27, 29 และ 30 ถ้าตอบไม่ใช่ในข้อคำถามเหล่านี้จะได้ข้อละ 1 คะแนน ส่วนที่เหลืออีก 20 ข้อซึ่งเป็นความรู้สึกทางด้านลบ ถ้าตอบ “ใช่” จะได้ข้อละ 1 คะแนน กลุ่มผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 275 ราย ทั่วประเทศไทย ซึ่งจำแนกเป็นเพศชาย 121 คน เพศหญิง 154 คน ผลพบว่า เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการตอบแบบวัดคือ 10.09 นาที (ค่าช่วงอยู่ระหว่าง 10-15 นาที) จากนั้นนำคะแนนที่ใช้ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุหญิงเท่ากับ 0.94 และผู้สูงอายุชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.93 สำหรับ เกณฑ์ในการตัดสินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยนั้น กำหนดค่าปกติในคนไทยสูงอายุเท่ากับ 12 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีความเศร้าเล็กน้อยเท่ากับ 13-18 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีความเศร้าปานกลางเท่ากับ 19-24 คะแนน และผู้สูงอายุที่มีความเศร้ารุนแรงเท่ากับ 25-30 คะแนน (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2537) จึงสรุปได้

ว่าแบบวัดความเศร้าของผู้สูงอายุไทยฉบับนี้มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบวัดนี้ในการศึกษารั้งนี้เพราะเป็นแบบวัดที่สะดวก เข้าใจง่าย ใช้เวลาในการทดสอบสั้น เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย และมีความเที่ยงตรงสูง

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีดังนี้

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส และรายได้

3.1.1 สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพราะการมีชีวิตคู่ทำให้ผู้สูงอายุมีความผูกพันกับคู่สมรส เมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วย จำเป็นต้องมีบุคคลคอยให้การดูแลช่วยเหลือ การขาดคู่สมรสจะทำให้ผู้สูงอายุขาดผู้ที่คอยดูแลช่วยเหลือ เกิดความรู้สึกรำเหนว และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด จากแนวคิดของฟรอยด์ (Freud, 195 cited in Blazer, 1982) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลเกิดการสูญเสีย สิ่งอันเป็นที่รัก ไม่ว่าจะเป็นบุคคลหรือวัตถุ สอดคล้องกับ ฮอกสเทล (Hogstel, 1995) กล่าวว่าในวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้คือ การสูญเสียคู่สมรส หรือว่าคนรัก ซึ่งเป็นการสูญเสียที่ทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ยาก และพบว่าผู้สูงอายุถึงร้อยละ 22.5 ที่มีชีวิตอยู่จะตายตามกันไป ใน 6 เดือนแรก เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวได้และความซึมเศร้าอันที่เกิดจากการสูญเสียคนรักนั้นเป็นถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุได้

จากแนวคิดของการสูญเสียคู่สมรส กูเบอร์ รอส (Kubler Ross, 1969) การสูญเสียจากการเสียชีวิตนั้นผู้ที่สูญเสียจะมีปฏิกิริยาใน 5 ระยะดังนี้

1. ระยะปฏิเสธเป็นระยะแยกตัวซึ่งจะพบในช่วงแรกผู้ที่สูญเสียจะเกิดอาการ ซ็อก และไม่เชื่อต่อมาเมื่อเกิดการรับรู้ว่าการสูญเสียจะเกิดการปฏิเสธ และแยกตัวออกจากสังคม
2. ระยะโกรธ เมื่อไม่สามารถปฏิเสธต่อไปได้ จะรู้สึกโกรธที่ต้องสูญเสียและถูกทอดทิ้ง
3. ระยะต่อรอง เป็นระยะที่ผู้สูงอายุ ยอมรับการสูญเสียมากขึ้นแต่ยังต่อรองเพื่อยืดระยะเวลาออกไป
4. ระยะซึมเศร้า เป็นช่วงเวลา ที่เกิดความรู้สึก เสียใจอย่างรุนแรง ขอบออยู่เงียบ ๆ ร้องไห้โศกเศร้าคนเดียว
5. ระยะยอมรับ ผู้สูงอายุสามารถยอมรับการสูญเสียได้ เข้าใจความจริงว่าการสูญเสียและการแยกจากเป็นสัจธรรมของชีวิต

นอกจากนี้ วาคารีโรลิส (Vacarolis, 1994) ได้ อธิบายปฏิกิริยาต่อการสูญเสีย โดยเฉพาะ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งอาจเกิดปฏิกิริยา ตอบสนองออกเป็น 2 ระยะคือ ระยะเฉียบพลัน และระยะเผชิญกับการสูญเสีย

1. ระยะเฉียบพลัน จัดเป็นช่วงวิกฤตมักเกิดช่วง 2-4 สัปดาห์ โดยบุคคลที่เกิดการสูญเสียจะเกิดอาการช็อก (Shock) และไม่เชื่อในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือการปฏิเสธความเป็นจริง อย่างไรก็ตามปฏิกิริยาปฏิเสธถ้าใช้เวลานานเป็นเดือนจะทำให้การปรับตัวผ่านความโศกเศร้าเป็นไปได้ยากมากขึ้นซึ่งจัดได้ว่าเป็นสภาวะทางจิต ซึ่งเมื่อการปฏิเสธลดลงความรู้สึกเจ็บปวดจะรุนแรงมากขึ้นตามลำดับความสำคัญของสิ่งที่สูญเสีย ปฏิกิริยาที่มักจะมีพบได้บ่อยคือผู้สูงอายุจะแสดงออกด้วยการร้องไห้ ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกเสียใจที่ช่วยลดระดับความทุกข์และแสดงถึงความยอมรับการสูญเสีย อารมณ์โกรธเป็นลักษณะอารมณ์ที่พบได้บ่อย เกิดจากการที่แสดงความรู้สึกไม่พอใจ กล่าวโทษ ตีเถียงคนที่ใกล้ชิด ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือหรือแม้แต่ตัวเอง ช่วงสุดท้ายในระยะนี้เป็นการขจัดอาการปฏิเสธที่หลงเหลืออยู่ให้หมดและยอมรับสภาพได้อย่างเต็มที่

2. ระยะเผชิญกับการสูญเสีย ภายหลังจากการผ่านช่วงวิกฤติไปแล้ว ประเด็นหลักของกระบวนการเศร้าโศกจะเกิดขึ้นภายในจิตใจซึ่งอาจใช้เวลาประมาณ 1-2 ปี อาจเกิดความรู้สึกผิดปกติทางกาย คือมีอาการหายใจขัด ลำคอติดตัน หมดแรง หน้ามือ รู้สึกปากแห้งคอแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่มีรสชาติ คิดหมกมุ่นอยู่กับสิ่งที่เป็นสัญลักษณ์ เช่น รูปถ่าย ของใช้ ช่วงนี้มักจะแยกตัวออกจากผู้อื่น ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ขาดความกระตือรือร้น ขาดความสามารถในการทำงาน ประสิทธิภาพการทำงานลดลง มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะอารมณ์ ซึ่งลักษณะอารมณ์ที่พบได้บ่อยคือ ความระอวยใจ รู้สึกผิด หดหู่ ว้าเหว่ หงอยเหงามากเพราะการสูญเสียบุคคล หรือสิ่งอันเป็นที่รัก จะทำให้รู้สึกทรมานใจมากจนเกิดภาวะซึมเศร้าได้

การที่ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวในวัยชราอันอาจเกิดจากหลาย ๆ ปัจจัย เช่นการพลัดพรากจากคนที่รัก การสูญเสียคู่คิด หรือจากการแยกทาง หรือ หย่าจะพบว่าเป็นส่วนหนึ่งที่เกิดความสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงทำให้ช่วงท้ายของชีวิตต้องอยู่อย่างว้าเหว่ ขาดคู่คิด ซึ่งถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด จากการศึกษาในผู้สูงอายุ 170 รายที่สถานภาพสมรสหม้ายหรือว่าสูญเสียคู่สมรสแล้วนั้นพบว่ามีความซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (เจิมจิต สแนสแซล, 2551) และที่การสถานภาพสมรสนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะสถานภาพ หม้าย หย่า แยกนั้น มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพคู่ (ศรีวรรณ ตันศิริ, 2535; Pinyopornpanish et al., 2003) และการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังยังพบว่า สถานภาพ หม้าย หย่า แยก สามารถทำนายการเกิดที่มีภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 3.1 (Khanthawichai, 2001)

ดังนั้น จากเหตุผลที่กล่าวมาแล้วข้างต้นในการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามี สถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

3.1.2 รายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพและสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง เป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้การดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการซึ่งในวัยสูงอายุนั้นนอกจากจะมีภาวะร่างกายที่เสื่อมลงทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น อีกทั้งยังมีภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายควบคู่ไปด้วยทำให้การทำงานหาเลี้ยงชีพมีข้อจำกัด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อรายได้ของผู้สูงอายุโดยตรง จากการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่ผ่านมานั้นพบว่ารายได้ เป็นสาเหตุหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของKhanthawichai (2001) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีรายได้น้อยกว่ารายจ่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกในการเกิดภาวะซึมเศร้า และสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 12.1 เช่นเดียวกับการศึกษาของมณี ภิญ โญไพรพาณิช และคณะ (Pinyopornpanish et al.,2003) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ39.2 ซึ่งสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น เนื่องจากพบว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อย เมื่อมีความจำเป็นต้องใช้เงินในการรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย หรือต้องใช้เงินเพื่อใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน พบว่ากลุ่มนี้มีความวิตกกังวลสูงเพราะกลัวว่าจะไม่มีเงินพอค่ารักษาตนเองหรือใช้จ่ายเมื่อยามจำเป็นและในชีวิตประจำวัน แม้ว่าบางครั้งการได้มาของรายได้ของผู้สูงอายุอาจมาจากแหล่งอื่นเช่นจากลูกหลาน หรือญาติพี่น้องพบว่าผู้สูงอายุอาจไม่ได้พึงพอใจในรายได้ที่ได้รับนั้น จากการศึกษาของมาโนช ทับมณี (2541) พบว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากตนเองหรือจากคู่ของตนเองนั้นสามารถทำให้ผู้สูงอายุใช้จ่ายใช้สอยได้ตามที่ต้องการมากกว่า และมีความภาคภูมิใจที่ไม่ต้องอาศัยใคร จากการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดให้ความเห็นว่า หากมีเงินใช้จ่ายทุก ๆ เดือน ไม่ต้องมีจำนวนมากนักแต่ขอให้เงินส่วนตัวที่ตนเองมีสิทธิในการใช้จ่ายอย่างเต็มที่ที่จะทำให้รู้สึกสบายใจ อบอุ่นใจ มั่นคง รู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ไม่มีรายได้ประจำมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีรายได้ประจำ (โครงการวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย, 2540) จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นนั้นพบว่ารายได้น้อย หรือรายได้ที่ไม่เพียงพอเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

3.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึงความคิดรวบยอดของบุคคลที่จะสะท้อนถึงการประเมินสุขภาพโดยทั่วไป (Speake, Cowart & Pellet, 1989) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับสัมผัสจากสิ่งแวดล้อมแล้วมีการแปลความหมายโดยการใช้ประสบการณ์เดิมหรือ ความรู้เดิมเกี่ยวกับสุขภาพว่าหมายถึงอะไร การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความรู้สึกภายในจิตใจขั้นแรกในการนำไปสู่พฤติกรรมเพื่อสนองตอบความรู้นั้น ๆ การรับรู้เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกที่เกิด ขึ้นภายในจิตใจของบุคคลและเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ในการแปลความหมายข้อมูลของผู้รับกับสิ่งแวดล้อมซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติ (Davidoff, 1987) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1.)การกลั่นกรองซึ่งเป็นการเลือกรับเฉพาะ สิ่งเร้าที่จำเป็นที่สุด 2.)การจัดระเบียบเป็นการนำข้อมูลมากลั่นกรองแล้วจัดระเบียบข้อมูลที่

สมองแล้วคัดเลือกข้อมูลที่เหมาะสม กับสถานการณ์ 3.) การตีความ เป็นการตีความข้อมูลที่จัดระเบียบแล้วเลือกปฏิบัติตามนั้น การวัดภาวะสุขภาพนั้นแมคโดเวลและนิวเวล (McDowell & Newell, 1987) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพสามารถวัดได้จากห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ หรือการประเมินสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพอย่างไร และพบว่า การประเมินสุขภาพด้วยตนเองมีความแตกต่างจากข้อมูลที่ได้จากแพทย์เพียงเล็กน้อย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการประเมินภาวะสุขภาพ ด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับการประเมินด้วยแพทย์ (Ferraro, 1980; Fillenbaum, 1985; Maddox & Douglass, 1973) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาร์มณ วุฒิพิฤกษ์ (2531) การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ประเมินได้โดยคณะผู้วิจัย

จากการที่ภาวะสุขภาพทางกายและจิตมีความสัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้นั้น เมื่อมีสิ่งใดสิ่งหนึ่งถูกระทบกระเทือนย่อมส่งผลกระทบถึงอีกสิ่งหนึ่งด้วย กล่าวคือบุคคลที่มีภาวะสุขภาพกายที่ดีแล้วย่อมมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีด้วย โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเป็นไปในทางที่เสื่อมลงตามธรรมชาติ ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะสุขภาพมากกว่าวัยอื่น ๆ อย่างหลีกเลี่ยงได้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาหรือต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ไม่สามารถอยู่โดยลำพัง เพราะนอกจากผู้สูงอายุจะเกิดความวิตกกังวลในภาวะสุขภาพแล้ว ผู้สูงอายุจะเกิดความกังวลว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว กลัวการถูกทอดทิ้ง จากบุตรหลาน ไม่ให้การดูแลอันเป็นสาเหตุทำให้เกิดความไม่สบายใจและไม่มีความสุข เมื่อผู้สูงอายุรู้สึกกังวลใจ ไม่สบายใจ หรือไม่สุขใจสะสมเป็นเวลานานอาจก่อให้เกิดความท้อแท้สิ้นหวังและเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ขึ้น โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าจากการศึกษาของสุริย์ กาญจนวงศ์และคณะ (2536) พบว่าเมื่อผู้สูงอายุเกิดความไม่สบายใจ มีความวิตกกังวลและเครียดอาจทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยทางกายนั้นส่งผลให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตใจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดีมีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตและมีภาวะสุขภาพจิตดีด้วย (สุกัญญา โรจน์ประเสริฐ, 2541)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางกายนั้นพบว่ามีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เจ็บป่วย (Khandelwal et al., 2001) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เส้นเลือดในสมองแตก กระดูกหัก รูมาตอยด์ หรือการได้รับการบาดเจ็บจากการหกล้ม มีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ไม่เจ็บป่วย (Arbelaez et al., 2007; Bogner et al., 2007; Covic et al., 2006; Diem et al., 2007; Jonas & Mussolino, 2000; Jonge et al., 2006; Reyes-Gibby et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิช (Siripanich, 1988) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายไม่สมบูรณ์

ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

3.3 ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว. การศึกษาปัจจัยทางพันธุกรรมว่าเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้านั้นมีการศึกษามากมาย (Carmelli et al., 2000; Jansson et al., 2003; McGue & Christensen, 1997, Orstavik et al., 2007) จากการศึกษาในผู้ที่มีการภาวะซึมเศร้าที่แต่งงานกับคนปกติ จะมีโอกาสให้กำเนิดบุตรที่ป่วยด้วยโรคนี้ ถึงร้อยละ 27 ยิ่งถ้าพ่อแม่เป็น โรคซึมเศร้าจะมีโอกาสให้กำเนิดบุตรที่ป่วยด้วยโรคนี้ ถึงร้อยละ 54 ผ่าแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันเมื่อคนหนึ่งเป็น อีกคนหนึ่งมีโอกาสเป็นถึงร้อยละ 70 (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2549) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยทางพันธุกรรมหรือยีนส์นั้น สามารถอธิบายโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ถึงประมาณร้อยละ 50 ในผู้หญิงและร้อยละ 25 ในผู้ชายในฝาแฝดชาวสวีเดน (Orstavik et al., 2007), ร้อยละ 16 ในฝาแฝดชาวสวีเดน และ ร้อยละ 30 ในเดนมาร์ก (McGue & Christensen, 2003) นอกจากนี้มีการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมกับยีนส์ที่มีผลกระทบต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุชายในระยะ 10 ปีต่อเนื่อง พบว่าการเกิดอาการซึมเศร้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มที่มีพันธุกรรมหรือมีครอบครัวที่มีภาวะซึมเศร้ามาก่อน และการศึกษาของ เกลดเลอร์ และคณะ (Kendler et al., 1995) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง พันธุกรรมกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในช่วง 1 ปีก่อนเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่าบุคคลที่มีคะแนนของภาวะซึมเศร้าสูงมีความสัมพันธ์กับการที่บุคคลต้องเผชิญกับความเครียดในชีวิตและมีประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว ในทางตรงกันข้ามพบว่าบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงด้านพันธุกรรมต่ำกว่าแม้ว่าจะต้องเผชิญความเครียดสูง ค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้าไม่ได้สูงขึ้นอย่างไรก็ตามแม้ว่าผลการศึกษาที่ผ่านมายังไม่สามารถสรุปได้ว่ายีนส์ชนิดใดเป็นสาเหตุในการเกิดภาวะซึมเศร้านั้นการทดสอบการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากพันธุกรรมนั้นสามารถทดสอบด้วยการศึกษายีนส์ทางห้องปฏิบัติการ หรือการประเมินจากประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวได้

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าพันธุกรรมหรือยีนส์ เป็นสาเหตุในการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

3.4 การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมเป็นมโนทัศน์ที่บุคลากรทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพให้ความสนใจอย่างมากจากอิทธิพลที่มีต่อการบริการพยาบาล พฤติกรรมด้านสุขภาพและภาวะสุขภาพของบุคคล (Stewart, 1993) การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่ได้รับความสนใจตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 ด้วยเหตุผลที่การสนับสนุนทางสังคมมีผลหรือมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิตมนุษย์ (Cohen & Syne, 1985) จากการศึกษาของ ไฮเยน (Haiyan, 1997) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยรับการช่วยเหลือด้านการทำกิจวัตรประจำวันทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรค แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย และจะเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้จำกัด ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้

อาจมาจากบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงานหรือบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น ซึ่งอัปฮอลด์ (Uphold, 1991) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยให้บุคคลบรรเทาความเครียด สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมอันนำไปสู่พฤติกรรมอนามัยที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีผู้ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า

การสนับสนุนทางสังคมคือ การได้รับ หรือการให้จากสมาชิกในสังคมซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกเหมือนเครือข่าย (Dimond, 1985; Norback & Tilden, 1988)

คอบบ์ (Cobb, 1976) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ ขบถองและมองเห็นคุณค่า นอกนี้รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) ได้สรุปการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ประทับใจและพอใจของบุคคลทางสังคมเมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต

ไวส์ (Weiss, 1974 cited in Brandt & Weinert, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางด้านสังคมคือการรับรู้ของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือระดับประจักษ์จากสมาชิกในสังคม เช่น การได้รับความรักใคร่ผูกพัน การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์ต่อบุคคลอื่น และการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำด้านต่าง ๆ

จะเห็นได้ว่ามีผู้ที่ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้อย่างหลากหลายมีทั้งคล้ายคลึงและแตกต่างกันไป ซึ่งสามารถจะสรุปแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมได้ว่า แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการที่บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทางสังคม จากการมีปฏิสัมพันธ์หรือมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น อันนำมาสู่ความสุข ความอึดใจ ฟังพอใจในสิ่งที่ได้รับและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและความผาสุกด้านจิตใจและในการศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยผู้สูงอายุในการมีปฏิสัมพันธ์และการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา พี่ น้องและบุตร ทำให้สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้

คอบบ์ (Cobb, 1976) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด

1. การสนับสนุนทางด้านทางอารมณ์ (Emotional Support) การได้รับความรักและการเอาใจใส่ดูแล ซึ่งมักได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและความผูกพันที่ลึกซึ้งต่อกัน
2. การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นคนมีค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น
3. การได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Network) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

เซฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

3 ชนิด

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึงความผูกพันใกล้ชิดการได้รับการยืนยัน ทำให้บุคคลได้รับหรือได้รับการดูแลเอาใจใส่
2. ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลนำไปแก้ไขปัญหา หรือข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติตน
3. ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการ (Tangible Support) หมายถึงการได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของและการบริการ

นอร์เบค (Norbeck, 1981) กล่าวถึงสัมพันธภาพและสนับสนุนทางสังคมของบุคคลไว้ดังนี้

1. บุคคลต้องการรักษาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อให้สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันและเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต
2. การรักษาสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม จะต้องมีการและการให้ในระบบเครือข่ายทางสังคม
3. การสนับสนุนทางสังคม จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่มั่นคงต่อจากความใกล้ชิดหรืออยู่ในระบบขั้นตอนของเครือข่าย
4. สัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคมเป็นพื้นฐานของบุคคลที่มีอยู่โดยธรรมชาติ
5. ชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลต้องการ ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสถานการณ์
6. ชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสถานการณ์

เฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วย

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึงการสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ กำลังใจ ความมั่นใจสามารถพึ่งพาและไว้ใจได้และเห็นคุณค่าตลอดจนให้การยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึงการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลสามารถประเมินตนเองหรือเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม เพื่อให้เกิดความเข้าใจว่ามีผู้ที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกันที่สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกันได้ และทราบว่าคุณสมบัติของตนนั้นอยู่เหนือหรือว่าต่ำกว่ามาตรฐานในสังคมนั้น ๆ ได้แก่การให้การ

รับรองการเห็นชอบที่เหมาะสมหรือถูกต้องในการแสดงพฤติกรรม หรือการให้ข้อมูลเพื่อประเมินตนเองหรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่อยู่ร่วมในสังคม

3. ความสนับสนุนทางด้านข้อมูล ข่าวสาร (Information Support) หมายถึงการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง และการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหารที่เผชิญอยู่ได้ ได้แก่การให้คำแนะนำ ให้ข้อเสนอแนะ ให้ข้อมูล และการชี้แนวทางในการปฏิบัติ

4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrumental Support) หมายถึงการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา การปรับสภาพแวดล้อม

ไวส์ (Weiss, 1974 cited in Brandt & Weinert, 1987) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้านดังนี้

1. ด้านความรักใคร่ผูกพันและความใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) หมายถึงเป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดทำให้บุคคลเกิดความรู้และเอาใจใส่เกิดความรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย

2. ด้านการรับรู้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) หมายถึงเกิดจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้เกิดความห่วงใยและเข้าใจกัน หากขาดความสัมพันธ์นี้จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าเหงา ขาดเพื่อนขาดผู้เห็นอกเห็นใจ ขาดที่ปรึกษาและเป็นผลทำให้เกิดความเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่ ขาดกำลังใจและสิ้นหวัง

3. ด้านการมีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for Nurturance) หมายถึง การที่บุคคลมีความผูกพันกับบุคคลอื่นที่ด้อยกว่า ซึ่งบุคคลมีความรับผิดชอบต่อการเจริญเติบโตหรือความสุขสบาย ทำให้รู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้

4. ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง (Reassurance of Worth) หมายถึงการได้รับการยอมรับ เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าตนเองมีความสามารถและเป็นขอมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่าเขามีคุณค่าและได้รับการยอมรับนับถือ

5. ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ (Assistance) ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของเพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาและเผชิญความเครียด

เพนเดอร์และคณะ(Pender et al., 2002) ได้แบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ

1. ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ (Nature Support System) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็ก เพราะเป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตอันจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วย

2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer Support) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลที่มีประสบการณ์ในเรื่องที่คล้ายหาความต้องการ และสามารถชักจูงผู้ป่วยได้ง่าย เป็นเหตุให้บุคคลซึ่งประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวได้อย่างดีในสถานการณ์ต่าง ๆ

3. ระบบการสนับสนุนทางด้านศาสนา หรือแหล่งอุปถัมภ์ต่าง ๆ (Religious Organization) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดำเนินชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ

4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health Professional Support System) เป็นแหล่งการสนับสนุนแห่งแรกที่ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญต่อเมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ (Organized Directed by Health Professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Health Group) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต

ฟิลลิป (Philips, 1991) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ การสนับสนุนทางสังคมในระดับเล็กที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบหรือระบบย่อย (Subsystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคล การสนับสนุนทางสังคมในระดับ 2 คือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระบบ (System) เป็นความสัมพันธ์ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับที่ใหญ่ที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นเหนือระบบ (Supra System) เป็นความสัมพันธ์ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับที่ใหญ่ที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นเหนือระบบ (Supra System) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมอื่นที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน

จากชนิดของแรงการสนับสนุนทางสังคมที่หลายท่านได้กล่าวถึง จะเห็นได้ว่าครอบคลุมด้านการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานด้านอารมณ์ การตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานด้านสังคม และการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานทางด้านร่างกาย การสนับสนุนทางสังคมเป็นกลไกที่สำคัญที่สามารถช่วยเหลือป้องกันบุคคลให้ปลอดภัยจากผลร้ายหรือความรุนแรงของความเครียด และทำให้เกิดผลต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งช่วยป้องกันความผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่าแม้จะมีการแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมโดยนักทฤษฎีหลาย ๆ คนก็ตาม แต่ยังคงมีความคล้ายคลึงกัน ในชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่พบได้จากนักทฤษฎีส่วนใหญ่ คือการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านวัตถุ สิ่งของ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สำหรับความแตกต่างของ เฮาส์ (House, 1981)

ในด้านการเปรียบเทียบและการประเมินค่า และการสนับสนุนทางสังคมของ ไวสส์ (Weiss, 1974) ในด้านการให้โอกาสเอื้อประโยชน์ต่อคนอื่น ซึ่งไม่พบในการสนับสนุนทางสังคมของนักทฤษฎีคนอื่น ๆ ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมแต่ละชนิดมีหน้าที่แตกต่างกันและชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมนั้นอยู่ภายใต้เงื่อนไข 3 อย่างคือ สถานการณ์ เวลาที่ต้องการสนับสนุนและแหล่งสนับสนุนของบุคคล (Dimond & Jones, 1983) ซึ่งจากอบสัน

(Jacobson, 1986) กล่าวว่าบุคคลต้องการการสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ แตกต่างกันในเวลาและสถานการณ์ความเครียดที่ต่างกัน เช่นในภาวะวิกฤตบุคคลต้องการการสนับสนุนทางด้านอารมณ์มากที่สุด ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลง การสนับสนุนทางด้านความคิดสติปัญญาสำคัญที่สุด และในภาวะที่เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ การสนับสนุนที่มีประโยชน์คือการสนับสนุนทางด้านสิ่งของ

เนื่องจากความสัมพันธ์ของมนุษย์มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การสนับสนุนทางด้านสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างหนึ่ง การสนับสนุนทางสังคมนั้นมียุทธศาสตร์ประกอบหลายมิติซึ่งมีผู้สนใจศึกษาอย่างกว้างขวางได้แก่ องค์ประกอบด้านโครงสร้าง การทำหน้าที่ และความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ โดยส่วนโครงสร้างหรือเครือข่ายทางสังคมหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม จะแสดงให้ถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่มีการติดต่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Brandt & Weinert, 1985; Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) โดยแต่ละองค์ประกอบอาจมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันหรือส่งเสริมซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทของแหล่งสนับสนุนทางสังคมซึ่งโดยปกติจัดแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้านกับกลุ่มทุติยภูมิซึ่งได้แก่ กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่นๆ

สำหรับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงและสอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่อยู่ในวัยอื่น ๆ แต่มีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์อยู่ 3 ระดับ คือ (Phillips, 1991)

1. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบ (Subsystem) เป็นความสัมพันธ์ หรือการพึ่งพาระหว่างผู้สูงอายุและสิ่งที่สำคัญในชีวิต ซึ่งอาจจะบุคคลหรือสิ่งอื่นที่ไม่ใช่บุคคลก็ได้ เช่น สัตว์เลี้ยง สิ่งของ เป็นต้น

2. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดในระดับ (System) เป็นความสัมพันธ์หรือการพึ่งพาระหว่างผู้สูงอายุกับกลุ่มองค์กร ทั้งกลุ่มเล็กและกลุ่มใหญ่ ได้แก่ครอบครัว ชุมชน เป็นต้น

3. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดเหนือระบบ (Supra System) เป็นความสัมพันธ์หรือการพึ่งพาระหว่างผู้สูงอายุกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในบริบทของชุมชนขนาดใหญ่ ได้แก่หน่วยงาน บริการทางสังคม หรือโครงการให้บริการในชุมชน เป็นต้น

ความสัมพันธ์ดังกล่าวข้างต้นมีลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมอยู่สองลักษณะคือการสนับสนุนแบบเป็นทางการ ซึ่งเป็นการสนับสนุนจากองค์กร หน่วยงาน หรือสถาบันที่ให้การ

ช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน และการสนับสนุนแบบไม่เป็นทางการซึ่งเป็นการสนับสนุนที่เกิดจากความผูกพันเกี่ยวข้อง ความรักใคร่ระหว่างบุคคลซึ่งไม่เป็นระบบและไม่ต้องใช้เงินแลกเปลี่ยน เป็นการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้านและเพื่อนสนิท อย่างไรก็ตาม บุคคลจะมีความพึงพอใจและต้องการแหล่งสนับสนุนทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการมากกว่าแบบเป็นทางการ เนื่องจากมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด (House, 1981) ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับในระดับระบบ (System) มีลักษณะไม่เป็นทางการเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกันหรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ (Phillips, 1991) นอกจากนี้ครอบครัวยังจัดว่าเป็นสถาบันที่เล็กที่สุดและเป็นสถาบันทางสังคมระดับแรกที่มีบทบาทต่อสมาชิกในครอบครัวทุกวัย เพราะครอบครัวมีหน้าที่ทั้งให้การเลี้ยงดูให้บุตร ได้พัฒนาเป็นบุคคลที่สมบูรณ์ทั้งกายและใจ มีบทบาทในการให้ความรัก ความอบอุ่น ครอบครัวเป็นแหล่งให้ความรัก กำลังใจ หากเกิดอุปสรรคหรือผิดหวัง ครอบครัวจะเป็นแหล่งกำลังใจและปลอบใจให้สามารถผ่านพ้นอุปสรรคต่าง ๆ ได้ จากความสำคัญบทบาทของครอบครัวที่กล่าวมาข้างต้นนั้นเห็นได้ว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Pender et al., 2002) และมีความสำคัญที่สุด ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นแหล่งการสนับสนุนที่สำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลที่สุด รองลงมาคือกลุ่มญาติพี่น้องและกลุ่มเพื่อน ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญด้านหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพทั้งอย่างเฉียบพลันและเรื้อรัง จากแนวคิดทางด้านครอบครัวของฟริคแมน (Friedman, 1992) ซึ่งกล่าวว่าครอบครัวมีหน้าที่หลักคือ การให้ความรัก ความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลา ทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของแบรนด์ต์และเนิร์ท (Brandt & Weinert, 1985) ซึ่งพัฒนาแนวคิดของไวส์ (Weiss, 1974)

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพทางจิตมีการศึกษาและเป็นที่ยอมรับมาช้านาน จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้านั้น แม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มุ่งเน้นทางด้านความสัมพันธ์ทางลบของการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า (Brummett et al., 2000; Chi & Chou, 2001; Comman et al., 2003; Harris et al., 2003; Schroevers et al., 2003; Yan & Sellick, 2004; Zunzunegui et al., 2001) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่รายงานนั้นการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทั้งทางบวกและทางลบกับภาวะซึมเศร้า (Brummett et al., 2000; Hays et al., 1998; Krause & Markides, 1990) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้านั้นขึ้นอยู่กับลักษณะของการสนับสนุนสังคมที่แตกต่างกันไป ในบางการศึกษา พบว่าการสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์มีอิทธิพลในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้มากกว่าการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารหรือการสนับสนุน

ทางด้านอารมณ์ (Bisschop et al., 2004; Chi & Chou, 2001) ขณะที่ เฟรดแมน (Friedman, 1993) กล่าวว่า การสนับสนุนทางด้านอารมณ์นั้นเป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านหนึ่งซึ่งส่งผลกระทบต่อ การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ส่วน อ็อกแมนและคณะ Oxman et al. (1992) ได้กล่าวไว้ว่า ความสัมพันธ์ ระหว่างการขาดการสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์และการขาดการช่วยเหลือจากเครือข่ายทาง สังคมนั้นจะส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น

การสนับสนุนทางสังคมนั้นมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มักประสบกับการขาดการสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพไม่ดีและไม่สามารถปฏิบัติ กิจวัตรด้วยตนเอง จากการศึกษาของ ลู และคณะ Lu et al. (1998) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวไต้หวันที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า การ สนับสนุนของครอบครัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านนั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ ซึมเศร้าแตกต่างกันในทั้ง 2 กลุ่ม และจากการศึกษาของ เฮส์และคณะ Hays et al. (2001) ที่ศึกษาผล ของการสนับสนุนทางสังคมต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่มีภาวะ ซึมเศร้าพบว่าการมีเครือข่ายทางสังคมที่กว้างขวาง การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอย่างสม่ำเสมอและมี การสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอสามารถป้องกันการลดสมรรถนะในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของผู้สูงอายุได้

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมนั้นควรมีการศึกษาว่าเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ

การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็น โครงสร้างหลายมิติทำให้เครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีความหลากหลาย วัดได้หลายมิติแล้วแต่มุมมองหรือ แนวคิดที่แตกต่างกันออกไป การเลือกเครื่องมือใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมจึงควร ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเหมาะสม หรือความสอดคล้องของตัวแปรที่ศึกษา มีผู้สร้างแบบ ประเมินไว้เช่น

1. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire Part II : SSQ Part II) ซึ่งสร้างโดยเชฟเฟอร์ คอยน์และ ลาราซัส (Schaefer, Coyne, & Larazus, 1981) ใช้ แนวคิดในเรื่องการสนับสนุนทางสังคม โดยแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล และด้านสิ่งของ รวมถึงการช่วยเหลือหรือให้บริการ

2. แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนตัว 2 (The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part I และ Part II) สร้างโดย แบรินด์ และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1981) โดยสร้าง ตามแนวคิดของ ไวส์ (Weiss, 1974 cited in Brandt & Weinert, 1981) ต่อมาแบบวัดนี้ได้รับการ ปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดนี้เป็น PRQ-82, PRQ-85 และ PRQ-2000 ตามลำดับ (Weinert, 1987) แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน โดยส่วนแรกเป็นแหล่งประโยชน์

ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นลักษณะการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม ตามชนิดการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 7 คะแนนและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน แบบวัดชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง โดยที่ไวเนอร์ท (Weinert, 1987) ได้หาความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดชุดนี้กับแบบวัดอารมณ์ความซึมเศร้า และแบบวัดความวิตกกังวลได้ค่าความสัมพันธ์เท่ากับ $-.33$ และ $-.39$ ($p < .001$) ตามลำดับ ซึ่งทิศทางและความมั่นคงของความสัมพันธ์มีความสอดคล้องกับแนวคิดเชิงโครงสร้างของการสนับสนุนทางสังคมและเป็นไปตามทฤษฎี ต่อมาไวเนอร์ทและทิลเดน (Weinert & Tilden, 1990) ได้หาความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 (PRQ-85 Part 2) กับแบบวัดข้อบ่งชี้ต้นทุนค่าตอบแทน (Cost and Reciprocity Index : CRI) พบว่าแบบวัดทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจึงสนับสนุนความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดชุดนี้ และไวเนอร์ท (Weinert, 1987) ได้หาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค $.89$

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของแบรนดท์ และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1981) ส่วนที่ 2 (PRQ-85 Part II) แบบวัดนี้แปลเป็นภาษาไทยนำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค $.90$ (จิราภา หงส์ตระกูล, 2532) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสะโพกหักพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ $.90$ (สิริสุดา ชาวคำเขต, 2540) และในกลุ่มผู้หญิงที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 112 พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ $.89$ (Sangon, 2001)

3.5 ความเครียดในชีวิตประจำวัน ความเครียดเป็นสภาวะการณ์หนึ่งของชีวิตที่ทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทั้งนี้เพราะคนเราต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกร่างกายตลอดเวลา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นทำให้เราต้องปรับตัว และการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลานั้นเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียดได้ ดังนั้นนักทฤษฎีและนักวิจัยกลุ่มต่าง ๆ จึงให้ความสนใจภาวะทางจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ (Cohen, Kessler & Gordon, 1995) โดยทั่วไปได้มีการจัดกลุ่มการอธิบายความหมายของความเครียดออกเป็น 3 กลุ่มแนวคิดคือ การมองความเครียดเป็นสิ่งเร้า (Stress as Stimuli) ความเครียดเป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนอง (Stress as Response) และมองความเครียดในลักษณะปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก (Stress as Transition) (Aldwin, 1994; Bernard & Krupat, 1994; Nuefeld, 1993) มีผู้ที่ศึกษาถึงความเครียดและให้ความหมายของความเครียดตามแนวคิดที่กล่าวมาแล้วดังนี้

เซลเย (Selye, 1976) ให้ความหมายเกี่ยวกับความเครียดในแนวคิดปฏิกิริยาตอบสนองว่าเป็นกลุ่มอาการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองอย่างไม่เฉพาะเจาะจงต่อสิ่งเร้าหรือข้อเรียกร้อง (Stressor) สิ่งที่ถูกคามที่มากกระทำต่อบุคคล โดยสิ่งเร้าดังกล่าวมีทั้งพึงประสงค์และไม่พึงประสงค์

สำหรับ (Brunner & Suddarth, 1988) ให้คำจำกัดความของความเครียดว่าเป็นความรู้สึกตื่นตระหนก หรือเป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น ๆ

มิลเลอร์ (Miller, 1984 cite in Lazarus & Folkman, 1984) ให้ความหมายความเครียดว่าเป็นการคุกคามจากสิ่งเร้าที่รุนแรง เป็นอันตรายหรือไม่ปกติ เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่วน โฮล์มส์และเรห์ (Holmes & Rahe, 1967) เชื่อว่าระดับการเปลี่ยนแปลงที่เข้ามาในแต่ละช่วงชีวิตของคนนั้นมีอิทธิพลต่อการเกิดความเครียดของแต่ละบุคคล

ลาซารัสและโฟล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ให้ความหมายความเครียดตามแนวคิดของการปฏิสัมพันธ์ว่าเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม และมองความเครียดว่าไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมแต่บุคคลและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยบุคคลเกิดการรับรู้และการประเมินความเครียดของบุคคลต้องผ่านกระบวนการประเมินด้วยสติปัญญา (Cognitive appraisal) ว่าความสัมพันธ์นั้นเกินขีดความสามารถหรือแหล่งประโยชน์ (Resource) ที่ตนเองสามารถที่จะใช้ต่อต้านได้และรู้สึกว่าถูกคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อความผาสุกในชีวิต การที่บุคคลจะเกิดความเครียดได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับอยู่ที่เหตุการณ์หรือบุคคลอย่างเดียวกันกับเหตุการณ์นั้นจะหล่อหลอมรวมกันในการตัดสินใจความเครียดที่เกิดขึ้นมานั้น ๆ

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าการรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวันนั้นหมายถึงความรู้สึกที่ประเมินสถานการณ์ในชีวิตประจำวันว่าเป็นอันตราย คุกคามหรือทำลายต่อความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตเป็นการประเมินตัดสินใจโดยการรับรู้สถานการณ์นั้นเกินขีดความสามารถที่ตนเองจะต้านทานได้

สาเหตุของความเครียด

วอลเลซ (Wallace, 1978) ได้จำแนกสาเหตุของความเครียดออกเป็น 2 สาเหตุดังนี้

1. สาเหตุจากภายใน เป็นความเครียดที่เกิดจากตัวบุคคลนั่นเอง ได้แก่ ความเจ็บป่วย ความไม่สบายใจ ซึมเศร้า และวิตกกังวล

2. สาเหตุจากภายนอก ส่วนใหญ่เป็นความเครียดจากสิ่งแวดล้อม สังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สาเหตุมาจากภายนอกตัวบุคคล โดยเกี่ยวข้องกับปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ครอบครัว เช่น ความสัมพันธ์ของพ่อ แม่ ลูก ในที่ทำงานเช่น ความสัมพันธ์ระหว่างลูกจ้าง กับนายจ้าง ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน

กรมสุขภาพจิต (2541) ได้สรุปสาเหตุของความเครียดไว้ 2 สาเหตุใหญ่ ๆ คือ

1. สาเหตุทางกาย สภาวะทางกายบางประการที่ทำให้เกิดความเครียดในลักษณะที่ร่างกายเครียด จากที่ร่างกายและจิตใจมีความเกี่ยวข้องกันแยกจากกันไม่ได้ การเกิดความเครียดทางกายจะส่งผลต่อจิตใจไปด้วย ซึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดทางกายคือ ความเมื่อยล้าทางร่างกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอทำให้ร่างกายอยู่ในสภาวะอ่อนเพลียเป็นเวลานาน เป็นต้น

2. สาเหตุทางจิตใจ ถือว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเครียดมากที่สุด บุคลิกภาพที่เอาจริงเอาจังกับชีวิต การขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่เข้มแข็ง รู้สึกว่าตนเองไม่เก่ง ไม่กล้าตัดสินใจ ความกลัว ความเศร้า หรือเป็นคนใจร้อน ควบคุมอารมณ์ไม่ได้สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย

ผลของความเครียดต่อภาวะสุขภาพ

จากแนวคิดของลาซาลัสและโฟล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่าบุคคลเมื่อรับรู้ถึงภาวะเครียด บุคคลจะตอบโต้เหตุการณ์ที่เข้ามาคุกคามโดยมีปฏิกิริยาโต้ตอบทั้งทางพฤติกรรมและอารมณ์ ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดทางด้านร่างกายและจิตใจดังนี้

1. การตอบสนองทางด้านร่างกาย เมื่อร่างกายได้รับสิ่งกระตุ้นจากปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดจะรู้สึกที่ตัวเองและสิ่งแวดล้อมถูกคุกคามเป็นอันตรายจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นอันดับแรกคือการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหารและไตทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกายดังนี้

1.1 การทำงานของระบบซิมพาเทติกและต่อมหมวกไตส่วนในเมื่อ มีความเครียดเกิดขึ้นในระยะแรก ระบบประสาทซิมพาเทติกจะไปกระตุ้นต่อมหมวกไต ให้หลั่งฮอร์โมนอิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟรินเข้าสู่ระบบการไหลเวียน ซึ่งผลของฮอร์โมนทั้งสองทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น

1.2 การทำงานของไฮโปธาลามัสและต่อมพิทูอิทารี ถ้าความเครียดยังคงอยู่ต่อไปไฮโปธาลามัสจะหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคโทรปิน รีลีสซิ่งแฟกเตอร์ไปกระตุ้นต่อมพิทูอิทารี ส่วนหน้าให้หลั่งฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิน ซึ่งจะจะไปกระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่งฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์และคอร์ติโซน ซึ่งคอร์ติโซนจะส่งผลให้เกิดกระบวนการสร้างกลูโคสจากสารอื่น เพื่อช่วยให้ร่างกายใช้พลังงานในการเผชิญความเครียดและฮอร์โมนนี้จะทำให้เซลล์ในกระเพาะอาหารทำงานมากขึ้นจึงมีการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารมากขึ้นทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้

ฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ ยังมีผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งถ้ามีการหลั่งของสารนั้น ๆ มาก จะส่งผลยับยั้งกระบวนการหายของแผล ทำให้ลิมโฟซัยต์ถูกทำลายความสามารถของ

แอนติบอดีลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการต่อต้านเชื้อลดลงจึงมีโอกาสนในการติดเชื้อได้ง่าย และเมื่อเกิดภาวะเครียดทำให้กลไกการทำงานของฟาโกซัยท์มีประสิทธิภาพลดลง นอกจากนี้

ในขณะที่มีความเครียด ทำให้มีการหลั่งของฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติก และแอนโดสเตรโรนเพิ่มขึ้น

ซึ่งปัญหาที่ผู้สูงอายุเกิดความสูญเสีย และไม่พึงพอใจในบุคคลนั้นเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Benjamin & John, 2005) ซึ่งการสูญเสียที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้หลายสถานการณ์เช่น การสูญเสียงานเนื่องจากเกษียณ การสูญเสียภาวะสุขภาพ การสูญเสียคนรัก หรือของที่รัก การสูญเสียรายได้ และการสูญเสียความสามารถทั้งทางกายและทางจิตใจ (Hogstel, 1995) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในช่วงชีวิตของผู้สูงอายุนั้น เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงบทบาท ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ถ้าเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วแล้วจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเครียดสูงและผลลัพธ์ที่เกิดจากความเครียดส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุสูงขึ้นด้วย

ดังนั้นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุและส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้

3.6 ความว่าเหว่ ความว่าเหว่เป็นความรู้สึกทุกข์ใจ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่คลุมเครือ ทำให้เกิดความท้อแท้ที่ไร้สาเหตุที่ชัดเจน บุคคลอาจรู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีคนรักและเอาใจใส่ แยกตัวออกจากสังคม ไม่ยอมรับกิจกรรมต่าง ๆ อย่างไรก็ตามความว่าเหว่หรืออาการเหงาเป็นปัญหาที่รุนแรงปัญหาหนึ่งที่พบว่าเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจำนวนมาก (Blazer, 1990) และเมื่อเกิดกับผู้สูงอายุแล้วทำให้เกิดความไม่สบายใจ เป็นความทุกข์ทรมาน ความรู้สึกที่ว่าเหว่อาจเกิดขึ้นชั่วคราวหรือนานเป็นปีก็ได้แล้วแต่สาเหตุและความรุนแรงของเหตุการณ์ที่มากระทบ และการปรับตัวของผู้สูงอายุแต่ละคน ผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้จะดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวได้อาจเกิดความรู้สึกซึมเศร้า และนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

ความว่าเหว่ (Loneliness) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ของบุคคล องค์ประกอบของความว่าเหว่ได้แก่ อารมณ์ การรับรู้ แรงจูงใจและพฤติกรรม ความว่าเหว่เป็นลักษณะของความเจ็บปวดทางอารมณ์ ส่วนมากมักมีอาการทางกายร่วมด้วยพลวัตรของความว่าเหว่เกี่ยวข้องกับกาอยู่อย่างว่าเหว่ซึ่งอาจอยู่คนเดียวจริงหรืออาจคิดไปเองโดยบุคคลรู้สึกถึงสัมพันธ์ภาพที่มีอยู่ ความว่าเหว่จึงเริ่มต้นจากการขาดความเป็นเจ้าของ บุคคลมักจะไม่มีมั่นใจว่าตนเองเป็นส่วนร่วมและเป็นที่ต้องการหรือไม่แล้วจากนั้นจะเกิดความรู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจตนเองและไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้อย่างสนิทสนม ดังนั้นความว่าเหว่จึงมีความเกี่ยวข้องกับการขาดสัมพันธ์ภาพจากบุคคลที่มีความสำคัญและบุคคลที่เขาต้องการมีความสัมพันธ์ด้วย (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2544)

ชมานันท์ บัวงาม (2539) กล่าวว่า ความว่าเหว่เป็นปัญหาทางด้านอารมณ์หรือจิตใจที่แสดงออกเป็นอาการหรือความรู้สึกที่สามารถใช้เป็นตัวชี้วัด สภาวะสุขภาพกายและจิตของบุคคล อันก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ไม่มีความสุขรู้สึกท้อแท้อย่างไม่รู้มูลเหตุ ไร้พลังที่จะทำกิจกรรมใด หรือหยุดทำกิจกรรมโดยสิ้นเชิง มีการแยกตัวเองจากบุคคลอื่นๆ และสังคมมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง อันเนื่องมาจากการขาด หรือความไม่พอใจในสัมพันธ์ภาพอันมีความหมาย

กับผู้อื่นที่ไม่เป็นไปตามความต้องการของตน จากการเผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต (Life-Events) ทำให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจและเกิดความว้าวุ่นเป็นภาวะที่บุคคลแต่ละคนไม่ต้องการให้เกิดขึ้นแต่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

พอร์มาน และ เพ็บบลาว (Perlman and Peplau, 1981) กล่าวว่า ความว้าวุ่นเป็นประสบการณ์ที่ไม่น่ายินดี ซึ่งปรากฏเมื่อเครือข่ายของความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลมีความบกพร่องในส่วนสำคัญบางส่วนทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ และไวส์ส (Weiss, 1973) กล่าวว่า ความว้าวุ่นนั้นไม่ได้หมายความว่าคนเดียว แต่จะเกิดจากความต้องการความสัมพันธ์ที่จำกัดเฉพาะส่วนตัวซึ่งเขาได้แบ่งความว้าวุ่นเป็น 2 ชนิด คือความว้าวุ่นจากอารมณ์มีลักษณะเฉพาะ คือไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยวอารมณ์ และความว้าวุ่นจากสังคม คือแยกจากสังคมขาดเครือข่ายของสังคมที่จะติดต่อด้วย

จีเออร์เวลลด์ (Gierveld, 1987) ได้กล่าวว่า ความว้าวุ่นคือ ประสบการณ์ของสถานการณ์ที่บุคคลคิดว่าเป็นสิ่งที่ไม่น่ายินดี หรือไม่สามารถยอมรับจากการขาดสัมพันธภาพของญาติพี่น้องที่มีอยู่ สถานการณ์ต่างๆ ครอบคลุมถึง จำนวนของเครือญาติที่มีจำนวนน้อยกว่าคาดหวังไว้ และ สถานการณ์เมื่อคนที่ต้องการความใกล้ชิดไม่เข้าใจ

จากใจความสำคัญของความหมายของความว้าวุ่น ของ พอร์มาน และ เพ็บบลาว (Perlman and Peplau, 1981) จีเออร์เวลลด์ (Gierveld, 1987) สามารถสรุปได้ว่า ความว้าวุ่นคือ ประสบการณ์ส่วนตัวและประสบการณ์ทางลบ และเป็นผลลัพธ์ของการรับรู้จากการประเมินความสอดคล้องของ ความสัมพันธ์ที่มีอยู่ทั้งในด้านปริมาณและด้านคุณภาพกับมาตรฐานของความสัมพันธ์

ชนิดของความว้าวุ่น

ชูลท์ซ (Shultz, 1988) ได้แบ่งความว้าวุ่นออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. ชนิดที่เกิดชั่วคราวแล้วหายไป (Transient Loneliness) เป็นความว้าวุ่นที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวในชีวิตประจำวัน เป็นระยะเวลาสั้น ๆ เนื่องจากต้องแยกจากกลุ่มเพื่อนหรือผู้คนที่รักในสังคม อาจเกิดขึ้นนานเป็นนาทีหรือเป็นชั่วโมงก็ได้ เมื่อได้พ่ะปะผู้คนที่รักแล้วอาการก็จะหายไป อาการเช่นนี้จะไม่รุนแรงและไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิต

2. ชนิดที่เกิดจากสถานการณ์สำคัญในชีวิตเกิดขึ้นกับบุคคลนั้น ๆ (Situation Loneliness) เป็นความว้าวุ่นที่เกิดขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์มากระทบหรือมีเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงบางอย่างในชีวิต ซึ่งกระทบกระเทือนต่อสัมพันธภาพของตนเองและบุคคลอื่นเช่น การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมในสังคม การย้ายถิ่น การแยกจากบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียคู่ชีวิต การหย่าร้าง การตาย การออกจากงานเมื่อเกษียณอายุหรือการสูญเสียเพื่อสนิท การพลัดพราก การสูญเสียการได้ยินและการมองเห็นซึ่งเป็นอาการรุนแรงความว้าวุ่นชนิดนี้อาจเกิดขึ้นและอยู่เป็นระยะเวลานานเป็นปีโดยเฉลี่ยไม่เกิน 1 ปี ความว้าวุ่นชนิดนี้จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่นอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ

3. ชนิดเรื้อรัง (Chronic Loneliness) เป็นความว่าเหว่ที่เกิดขึ้น จากการขาดสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในสังคมที่ใกล้ชิดสนิทสนม หรือไม่พอใจในสัมพันธ์ภาพซึ่งมักจะเกิดขึ้นกับบุคคลที่มีปัญหา ด้านบุคลิกภาพและการปรับตัว ซึ่งบางคนจะมีความเหงาแอบแฝงซ่อนเร้นอยู่ในจิตใจ เมื่อมีเหตุการณ์บางอย่างมากระทบจะแสดงความเหงาออกมาโดยไม่สามารถปรับตัวให้ยอมรับเหตุการณ์ที่เป็นปัญหานั้นเกิดจากความเหงาเรื้อรังได้ และมีปัญหาในการปรับตัวและมีความยุ่งยากในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นและเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่ผิด ๆ เนื่องจากไม่มีความสัมพันธ์แบบใกล้ชิดสนิทสนมหรือผูกพันกับสิ่งใดต่อไปอีกหรือถ้ามีก็เป็นเพียงผิวเผินเท่านั้นและจะครอบงำบุคคลนั้นเป็นระยะเวลานานเป็นปีหรือตลอดปี ความว่าเหว่ชนิดนี้จะติดอยู่ในวิธีการดำเนินชีวิตตลอดไป ซึ่งอาจทำให้ร่างกายและสุขภาพเสื่อมโทรมลงได้

ฟรานซิส (Francis, 1980) ได้แบ่งความว่าเหว่ออกเป็น 2 ชนิดคือ

1. ความว่าเหว่ชนิดปฐมภูมิ (Primary Loneliness) เป็นความว่าเหว่ที่เกิดขึ้นได้ตามปกติในยามที่อยู่คนเดียว มีความเบื่อหน่าย รู้สึกว่าชีวิตปราศจากแก่นสาร ไม่อยากพบปะผู้คน อยากแยกตัวออกจากสังคม

2. ความว่าเหว่ชนิดทุติยภูมิ (Secondary Loneliness) เป็นความว่าเหว่ที่เกิดขึ้นจากการต้องการอยู่ตามลำพัง เนื่องจากมีการจากไปหรือการพลัดพรากจากบุคคลหรือสิ่งของอันเป็นที่รัก ความว่าเหว่ชนิดนี้อาจถือได้ว่าเป็นการเจ็บป่วยชนิดหนึ่ง ซึ่งมักพบร่วมกับโรคจิตชนิดอื่น ๆ

ไวสส์ (Weiss, 1973) ได้แบ่งความว่าเหว่ออกเป็น 2 ชนิดคือ

1. ความว่าเหว่ทางด้านอารมณ์ (Emotional Loneliness) เป็นพฤติกรรมที่แสดงความวิตกกังวล ความกระวนกระวาย (Restlessness) และความรู้สึกว่างเปล่าไร้แก่นสาร (Emptiness) ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการขาดความสัมพันธ์อันใกล้ชิดกับบุคคลอื่นเนื่องจากมีความรู้สึกที่ตนเองมีรูปลักษณะที่ไม่ดึงดูดใจแก่ผู้พบเห็น

2. ความว่าเหว่ทางสังคม (Social Loneliness) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรู้สึกเบื่อหน่ายและรู้สึกว่ายังมีช่องว่าง มีการแบ่งแยกเป็นผลที่เกิดจากการขาดความสัมพันธ์ที่มีความหมายหรือมีความสำคัญต่อตนเองหรือขาดความรู้สึกที่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนหรือสังคมหรือบุคคลนั้น ไม่มีส่วนร่วมในสถานการณ์นั้น ๆ

เมาส์ทาคาส (Moustakas, 1961) อธิบายชนิดของความว่าเหว่ว่า มี 2 ชนิด คือ

1. Existential loneliness หมายถึง ความว่าเหว่อันเกิดขึ้นเสมอ ๆ ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเกิดจากความเจ็บปวดทางกาย เช่น บุคคลได้รับอุบัติเหตุต้องนอนอยู่นาน ๆ โดยไม่มีใครสนใจดูแล หรือบุคคลสูงอายุที่มีปัญหาด้านร่างกาย มีความรู้สึกเหมือนไม้ใกล้ฝั่ง ไม่มีลูกหลานคอยช่วยเหลือ มีความเจ็บเหงาในบั้นปลายของชีวิตสูง

2. Anxiety loneliness เป็นความว่าเหว่ที่เกิดจากความขัดแย้งในใจตนเองที่สะสมไว้เป็นเวลานาน ความขัดแย้งในใจเกิดจากความไม่สามารถแสดงความเป็นตัวของตัวเอง ต้องมีพฤติกรรม

เสแสร้ง เพื่อที่จะได้เป็นที่ปรารถนาหรือพอใจในสังคม การที่บุคคลไม่ได้แสดงความต้องการที่แท้จริงของตน อันเนื่องมาจากมาตรฐานของสังคม การต้องการทำอะไรเพื่อรักษาชื่อเสียงเกียรติยศ การเสาะแสวงหาความพึงพอใจจนเกินความสามารถ การแสวงหาความรู้ร่ายจนเกินควร การไม่มีชีวิตอย่างเรียบง่ายตามธรรมชาติ การพยายามลอกเลียนวัฒนธรรมทางตะวันตก สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้วิตกกังวลต่าง ๆ และเกิดความสับสนในตัวเองตลอดเวลา (รัชนีบูล เศรษฐภูมิินทร์, 2530)

ความว้าเหวเป็นภาวะที่พบได้ในวัยสูงอายุมากกว่าในวัยอื่น ๆ ซึ่งเป็นผลจากการที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองนั้นไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ต่อผู้อื่น ไม่เป็นที่พึงปรารถนาของสังคม ไม่กล้าเผชิญความจริง และแยกตัวเองออกจากสังคม (จันทนา รณฤทธิวิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545) ความว้าเหวของผู้สูงอายุนั้นอาจเกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เช่นการย้ายถิ่นฐาน การสูญเสียคู่สมรส และการสูญเสียที่ร้ายแรง

สาเหตุการเกิดความว้าเหว

วันเพ็ญ เขียมจ้อย และ สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์ (2535) ได้สรุปสาเหตุที่ส่งเสริมการเกิดความว้าเหวในผู้สูงอายุซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ประการดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุนั้นเป็นไปในทางเสื่อมลง ทำให้การเคลื่อนไหวได้ช้า การทรงตัวไม่ดี อ่อนเพลียง่าย กระดูกเปราะบางรวมทั้งประสาทการรับรู้ต่าง ๆ จะรับรู้ได้ช้าลง การมองเห็นและการได้ยินเสื่อมลง ความจำอาจเสื่อมทำให้หลง ๆ ลืม ๆ ได้ บางรายอาจกลายเป็นคนย้ำคิดย้ำทำ จู้จี้จิบ่น การสื่อสารกับคนอื่นจึงมีความลำบากยุ่งยากมากขึ้นและอาจแปลความหมายต่าง ๆ ผิดไป ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคับข้องใจและแยกตัวออกจากสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกว้าเหวได้ง่าย

2. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและ วัฒนธรรม ตลอดช่วงชีวิตคนเราจะมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอยู่เป็นระยะ ๆ เช่นช่วงแรกเกิดถึงอายุ 30 ปี เป็นช่วงที่ต้องมี ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและสังคม ในระยะถัดมาเมื่ออายุ 30-60 ปีเป็นช่วงของการเข้าสู่สังคมเพื่อทำงานสร้างฐานะ และระยะสุดท้ายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุคือ อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นช่วงที่เริ่มห่างจากสังคม ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุจะลดลงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อความว้าเหวของผู้สูงอายุคือ

- 2.1 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและความผูกพันภายในครอบครัว โครงสร้างของครอบครัวในสังคมไทยสมัยก่อนมักจะอยู่เป็นครอบครัวขยาย ครอบครัวมีความผูกพันแนบแน่นระหว่างสมาชิกของครอบครัวกันเอง แต่ในปัจจุบันครอบครัวในสังคมไทยเปลี่ยนไปสู่ครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ลูกหลานย้ายเข้าไปอยู่ในเมืองเพื่อทำงานและไปสร้างครอบครัวของตนเองทำให้ผู้สูงอายุถูกละทิ้งไว้ และขาดคนที่ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเหงาและก่อให้เกิดความว้าเหวในที่สุด

2.2 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักทั้งนี้หมายถึงไปถึงคนที่เป็นทั้งที่อยู่ในครอบครัว และเพื่อนสนิทหรือผู้ที่ใกล้ชิดสนิทสนมที่มีความผูกพันต่อกันด้วย การสูญเสียหรือการตายจากกัน นั้นเป็นเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนความรู้สึกได้มากที่สุดในชีวิต ซึ่งเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่กล่าวมาข้างต้นแล้วผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดความว่าเหวได้สูง

2.3 การขาดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนหรือกลุ่มเพื่อน ทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีโอกาสได้พูดคุยกับเพื่อนใหม่ ได้ปรับทุกข์กับเพื่อน ได้ทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ร่วมกับสังคมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า อย่างไรก็ตามการที่ผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ อย่างเช่นการเดินทาง ภาวะสุขภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ถ้าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดเหล่านี้ก็อาจทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดความเหงา ว่าเหวในที่สุด

2.4 การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ความว่าเหวมีความสัมพันธ์กับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมาก ระดับความว่าเหวมักหรือขึ้นกับวิถีชีวิตของบุคคลหรือครอบครัวที่มีมาในอดีตรวมทั้งบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลด้วย การที่บุคคลนั้นเป็นคนที่เปิดเผย มีสัมพันธ์ภาพกับคนในสังคมอยู่ เสมอ มีความสุขสนุกสนานกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนรวมทั้งสามารถดำรงสภาพเช่นนี้ไว้ตลอดถึงในวัยท้ายของชีวิตเขาจะมีความว่าเหวน้อยที่สุด นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีบุคลิกที่ขี้อาย และพึงพิงคู่สมรสในทุก ๆ ด้านเมื่อเสียคู่สมรสไปจะทำให้เกิดความว่าเหวมากและแยกตัวออกจากสังคมและอาจมีชีวิตที่ทรมานมาก

2.5 การเปลี่ยนแปลงทางขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอันเนื่องมาจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทำให้สภาพความเป็นอยู่ และชีวิตของสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปที่คล้ายคลึงกับชาติตะวันตกอยู่มาก วัฒนธรรมไทยดั้งเดิมที่สอนให้เด็กกตัญญูรู้คุณบิดามารดา ปู่ ย่า ตา ยายและต้องทดแทนด้วยการอุปการะเลี้ยงดูพวกท่านก็จะถูกละเลยมากยิ่งขึ้น ในขณะที่เจตคติ ค่านิยมและความสนใจของผู้สูงอายุไม่มีการเปลี่ยนแปลงและยังคงยึดมั่นในขนบธรรมเนียมประเพณีเดิม ต่อต้านการเปลี่ยนแปลงแนวทางชีวิตใหม่ ๆ ความคิดใหม่ๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคับข้องใจและเกิดความว่าเหวได้เมื่อ ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงเรื่องนี้ได้

3. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ โดยทั่วไปมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคมเพราะความเสื่อมสภาพทางกายนั้น มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุและจะเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์นั้นเป็นผลมาจากการสูญเสีย เช่นการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่นเพื่อน ญาติสนิท หรือคู่ชีวิตต้องตายจากไป การสูญเสียคู่สมรสจะส่งผลให้ผู้ที่มีชีวิตอยู่

เกิดความว่าเหวได้ง่ายซึ่งพบมากในผู้ที่มีครอบครัวเดี่ยว ทำให้ขาดคู่คิด ขาดที่ปรึกษาในครอบครัว (ชวชนม พิชพันธ์ไพศาล, 2542) หรือการแยกย้ายไปอยู่ที่อื่นทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกละทิ้ง พยายามจากบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย การสูญเสียสถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคม เนื่องจากถึงวัยที่ต้องออกจากงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง เนื่องจากหมดภาระติดต่อกับด้านธุรกิจการงานหรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่ง รู้สึกไร้คุณค่าและไม่มีความหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่มีต่อสังคม ขาดรายได้เป็นต้น ผลจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากในวัยสูงอายุ บุตรและธิดามักแยกตัวไปมีครอบครัว ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ที่เป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาทการให้คำปรึกษาลดลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างว่าเหว เกิดความว่าเหวและรู้สึกว้าเหวตัวเองไร้ค่า

ผลของการเปลี่ยนแปลงนี้มีผลทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุเป็นอย่างมากจะทำให้เกิดความว่าเหว สภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป โรคจิตบางอย่าง หรือแม้แต่โรคทางกาย ก็จะปรากฏอาการขึ้น อาการที่เกิดขึ้นเช่น หวาดกระแวง ซึมเศร้า โดยไม่มีสาเหตุ มีความรู้สึกถูกละทิ้ง ไม่รู้ว่าจะพูดคุยกับใคร บางรายอาจเกิดกาสูญเสียทางจิตใจ รู้สึกหมดแรง หงุดหงิด นอนไม่หลับ บางคนอาจมีอาการแสดงออกทางกายเช่น ปวดท้อง ปวดศีรษะ และบ่นเพื่อเรียกร้องความสนใจ

การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์ ด้านสังคมและ วัฒนธรรมนั้น ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ เช่นการเกิดความว่าเหว ซึ่งหากปล่อยไว้นานอาจส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

ลักษณะอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมการแสดงออกของผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว พบพลาว์และเพอร์แมน (Peplau & Perlman, 1982) ลักษณะเฉพาะทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม การแสดงออกของบุคคลไว้ดังนี้

1. แบบแผนทางอารมณ์มี 4 แบบแผนคือ ความรู้สึกสิ้นหวัง ความรู้สึกเศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากอดทน และรังเกียจตนเอง 60 % บุคคลที่มีความว่าเหวจะมีอารมณ์ดังกล่าวมากกว่า 1 แบบ

2. แบบแผนด้านความคิด กระบวนการคิดที่สำคัญที่เป็นสาเหตุหรือเกิดความว่าเหวมี 3 ประการได้แก่ การที่บุคคลมองตนเองกละสัมพันธ์สภาพของตนกับผู้อื่น การที่บุคคลมุ่งความสนใจแต่ตนเอง และการมองตนเองและผู้อื่นในด้านลบ

3. แบบแผนด้านพฤติกรรม ที่ผ่านมามีการวิจัยเกี่ยวกับแบบแผนทางพฤติกรรมของผู้ว่าเหวน้อยมาก อย่างไรก็ตามอาจสรุปได้ว่า ทักษะทางสังคมอาจเป็นปัจจัยที่สำคัญ แต่ยังไม่แน่ชัดว่าทักษะทางสังคมเป็นเหตุหรือผลของความว่าเหว มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่พอสรุปได้ว่า ในการ

สนทนาของผู้ว่าเหว มักจะพูดถึงแต่ตนเองและไม่ค่อยสนองต่อคำพูดของผู้อื่น และมีการเปิดเผยตนเองในเรื่องส่วนตัวเป็นบางเรื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าเป็นคนขี้อายและกังวลที่เสี่ยงทางด้านสังคม

เพปพลาว์และเพอร์แมน (Peplau & Perlman, 1982) ได้กล่าวถึงการวินิจฉัยความว่าเหวได้ว่า ควรใช้ทั้งความคิด อารมณ์และพฤติกรรมในแนวทางในการพิจารณาความว่าเหว แม้ว่าความว่าเหวจะเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เศร้าโศก แต่เกณฑ์ทางอารมณ์อย่างเดียว อาจไม่เพียงพอที่จะระบุว่าเป็นประสบการณ์ที่ไม่สบายใจนั้น คือ ความว่าเหว จึงมีการใช้แนวทางทางพฤติกรรมประกอบการพิจารณาความว่าเหวด้วย โดยใช้พฤติกรรมหลายๆ พฤติกรรมในการระบุว่ามี ความว่าเหวเกิดขึ้น เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ยาก หรือความรู้สึกไม่พึงพอใจในรูปแบบปฏิสัมพันธ์ในสังคม จากหลักการจะเห็นได้ว่า การอยู่คนเดียว อาจไม่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว เพราะบุคคลอาจมีความสุขกับการอยู่คนเดียวได้ แต่เมื่อบุคคลไม่มีความสุขเพราะรู้สึกว่าจะอยู่คนเดียวบ่อยๆ ก็อาจจะเรียกได้ว่าเป็นความว่าเหว นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาแล้วจะพบว่าความว่าเหวยังเกี่ยวข้องกับความคิดของบุคคลกล่าวคือ บุคคลที่ว่าเหว จะมีความต้องการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นที่ใกล้ชิดหรือบ่อยครั้งขึ้น ดังนั้น เมื่อพิจารณาประสบการณ์ความว่าเหวจึงต้องพิจารณาจาก พื้นฐานทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรมประกอบกันทั้งหมด

ความว่าเหวเป็นปัญหาทางด้านสุขภาวะทางจิตปัญหาหนึ่งที่มีผู้สูงอายุมีความว่าเหวเกิดขึ้นแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าจะปราศจากพลังอำนาจภายในตนเอง (Powerlessness) อยู่ในภาวะที่ไร้พลังและไม่อยากจะเข้าร่วมในการทำกิจกรรมใด ๆ ส่งผลให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม (Social Isolation) การแยกตัวออกจากสังคมก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าความมีคุณค่าในตนเองลดลงเพราะมนุษย์ทุกคนต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อคงไว้ซึ่งคุณค่าในตนเอง ซึ่งวงจรการเกิดความว่าเหวนี้นี้จะดำเนินไปอย่างต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุดถ้าไม่ได้รับการแก้ไข ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้อาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าความว่าเหวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากการศึกษาของ กรีนส์ และคณะ (Green et al., 1992) ซึ่งศึกษา 3 ปีย้อนหลังในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีความพึงพอใจในชีวิต มีความรู้สึก ว่าเหว และสูญบุหรืมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้สูงอายุในแมรีแลนด์ สหรัฐอเมริกาพบว่าความว่าเหวมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Mansifeild & Gill, 2007).

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าความว่าเหวเป็นปัญหาทางสุขภาวะทางจิตใจ และอารมณ์ที่อาจเป็นสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษา เลือปัจจัยความว่าเหวเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ในการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

3.7 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากสถานการณ์ที่จำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น และเป็นที่น่าอนที่พบได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นนั้นไม่สามารถอยู่คนเดียวได้ จากการรายงานในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ในปี ค.ศ. 2005 ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปพบว่ามากถึงร้อยละ 52 ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และร้อยละ 38 ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างรุนแรง และเป็นที่น่าตกใจว่าจำนวนผู้พิการกลุ่มนี้มีแนวโน้มสูงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในของภาพรวมของผู้สูงอายุ ภายใน 30 ปีข้างหน้า (Brault, 2008)

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นไปในทางเสื่อม เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้ง่าย และเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยแล้วอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้มากขึ้นอีกทั้งการที่ร่างกายกลับเข้ามาสู่ภาวะสุขภาพปกติอาจทำได้ยาก ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถดำรงบทบาทของตนเองไว้ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นทำให้คุณค่าในตนเองลดลงหรือไร้คุณค่า การที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเองน้อย จะเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดห้วง รู้สึกโกรธตนเอง และกลายเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด (Perrent & Whell, 1984) จากสมมุติฐานที่ว่า การที่ผู้สูงอายุความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้านั้นพบว่า มีทฤษฎีที่สามารถอธิบายได้หลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีทางจิตเวชผู้สูงอายุ บรูส์ (Bruce, 2001) ได้แสดงความเห็นว่าการที่ผู้สูงอายุที่สามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้น้อยเป็นกรณีที่น่าบ่งบอกถึงการทำงานของร่างกาย สมองและอารมณ์มีการเสื่อมสภาพ และนั่นก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และจากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงกับภาวะซึมเศร้านั้นพบว่ามีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กัน (Hays et al., 1998; La Gory & Filzpatrick, 1992; Yang & George, 2005) นอกจากนี้จากการศึกษา ระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองเนื่องจากสาเหตุการเจ็บป่วยทางกาย ยังเป็นปัจจัยเสี่ยง ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Lepine & Bouchez, 1998) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีอิทธิพลในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (Jantarapat et al, 2004) ผู้สูงอายุที่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Khanthawichai, 2001) และผู้สูงอายุในชุมชน (Wurff, Beekman, Dijkshoorn, Spijke, Smits, Stek, & Verhoeff, 2004)

จากมุมมองของทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดกล่าวไว้ว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้สูงอายุซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียดที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และการที่ผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตลอดเวลาอาจก่อให้เกิดภาวะปัญหาทางจิตใจได้อาจเป็นเพราะว่าเกิดจากการที่ผู้สูงอายุต้องจัดการกับอุปสรรคต่าง ๆ ที่ใช้ในการช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของตนเองและกิจกรรมทางสังคม (Manton, Sallard, & Corder, 1997) นอกจากนี้ช่วงเวลาที่เกิดการเปลี่ยนสภาวะสุขภาพดีเข้าสู่ภาวะการเสื่อม

ถอยของสภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะในช่วงแรก เป็นช่วงที่ผู้สูงอายุจะประสบกับภาวะเครียดสูงมาก เพราะเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุต้องปรับตัว (Cohen & Williamson, 1991; Koenig, Pappas, Holsinger, & Bachar, 1995) ซึ่งเป็นช่วงนี้เป็นช่วงเวลาที่ยากก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้นั้น ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุตามธรรมชาติ หรือเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สรุปได้ว่าความซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีความสำคัญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะประเทศที่กำลังเผชิญกับปัญหาจำนวนผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นสามารถสรุปได้จากปัจจัยหลัก ๆ ได้ 3 ปัจจัยคือ ชีวจิตสังคม นอกจากนั้นจากการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากการศึกษาที่ผ่านมาแล้วยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมปัจจัย ชีวจิตสังคม (Biopsychosocial Factors) และปัจจัยส่วนบุคคล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation Study Designs) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงใต้แก่ จังหวัด ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ฉะเชิงเทรา นครนายก และ ปราจีนบุรี สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี ไม่มีปัญหาเรื่องภาวะสมองเสื่อมหรือความจำเสื่อมโดยผู้สูงอายุประเมินความจำเสื่อมหรือการเสื่อมของสมองตามแบบประเมิน Chula Mental Test (CMT) และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงใต้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางกำลังของการศึกษา (Power of Analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1977) กำหนดตามการทดสอบหาค่าความสัมพันธ์ (Correlation) (Polit & Back, 2004) ที่ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 99 % ($\alpha = 0.01$) อำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.80 และขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในเรื่องที่ศึกษา (Effect Size)

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ขนาดของความสัมพันธ์ (Effect Size) เท่ากับ .15 ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลขึ้นอีกร้อยละ 5 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เป็น 547 คน อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในการศึกษาวิจัยนี้มีจำนวน 524 คน

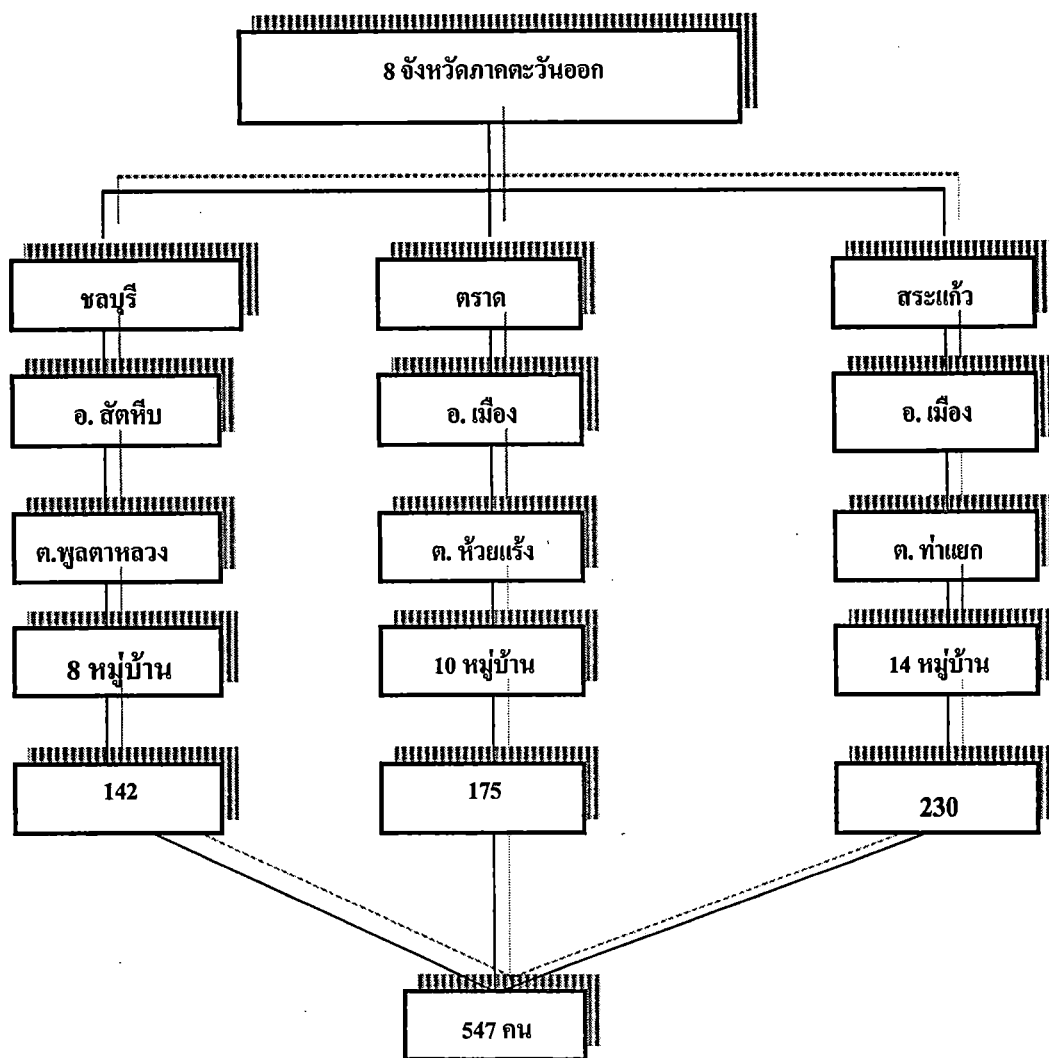
การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาโดยการสุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงใต้แบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกจังหวัด จากพื้นที่ 8 จังหวัดของเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงใต้ นำมาสุ่มเลือกด้วยการจับสลากเลือกมา 3 จังหวัด ได้จังหวัดชลบุรี ตราด และ สระแก้ว

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือก 1 อำเภอ ของทั้ง 3 จังหวัด ชลบุรี ตราด และ สระแก้ว โดยการจับสลาก ได้ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี อำเภอเมือง จังหวัดตราด และ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือก 1 ตำบลจาก อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี อำเภอเมือง จังหวัดตราด และ อำเภอเมืองจังหวัดสระแก้ว โดยการจับฉลาก ได้ ตำบลพลูดาวหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ตำบลห้วยแร่ อำเภอเมือง จังหวัดตราด และ ตำบลท่าแยก อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว

ขั้นตอนที่ 4 สุ่มเลือกผู้สูงอายุใน 8 หมู่บ้านของตำบลพลูดาวหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี 10 หมู่บ้านของตำบลห้วยแร่ อำเภอเมือง จังหวัดตราด และ 14 หมู่บ้านของตำบลท่าแยก อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว จากรายชื่อผู้สูงอายุที่ศูนย์สุขภาพชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ของแต่ละจังหวัดตามสัดส่วนโดยการสุ่มอย่างง่ายใช้วิธีการจับฉลากให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 547 ราย ตามที่กำหนดไว้



ภาพประกอบที่ 2 แผนภูมิแสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเสื่อมของสมอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้ภาวะเครียด แบบประเมินความไว้วางใจ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานะระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพการเงิน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ที่พักอาศัยร่วม ประวัติโรคประจำตัว ประวัติอาการซึมเศร้าในครอบครัวและการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้มีลักษณะข้อคำถามให้เลือกและเติมข้อความลงในช่องว่าง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 16 ข้อ

2. แบบประเมินความเสื่อมของสมอง โดยใช้ แบบประเมิน Chula Mental Test (CMT) แบบประเมิน Chula Mental Test (CMT) ได้รับการพัฒนาโดย สุทธิชัย จิตตพันธ์กุล และคณะ (Jitapunkul et al., 1996) เพื่อใช้ในการประเมินการทำงานของสมองของผู้สูงอายุ ผู้ที่มีปัญหาในการเขียนและการอ่าน แบบประเมิน มีทั้งหมด 13 ข้อ ในข้อที่ 5 และ 12 มีข้อคำถามย่อยเพิ่ม 2 ข้อ และข้อที่ 13 มีข้อคำถามย่อยเพิ่ม 3 ข้อ เป็นแบบประเมินที่ใช้เป็นมาตราส่วน 2 ระดับ คือ 1 = ใช่ และ 0 = ไม่ใช่ คะแนนรวมของแบบประเมิน อยู่ในช่วง 0-19 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 4 ระดับ ดังนี้

| | |
|-------------|--------------------------------------|
| 0-4 คะแนน | หมายถึงมีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง |
| 5-9 คะแนน | หมายถึงมีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง |
| 10-14 คะแนน | หมายถึงมีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย |
| 15-19 คะแนน | หมายถึงไม่มีภาวะสมองเสื่อม |

แบบประเมินฉบับนี้ได้รับการประเมินความตรงตามเนื้อหาโดย ผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทวิทยา 2 ท่าน จิตแพทย์ 2 ท่าน และนักจิตวิทยา 2 ท่าน และนำไปหาความเที่ยงในประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 212 คน ผลการศึกษาพบว่า CMT มีความสัมพันธ์สูงกับทั้ง 2 แบบวัดคือ Mini mental State Examination (MMSE) ($r = 0.78$) และ Abbreviated Mental Test (AMT) ($r = 0.76$) ความตรงตามเกณฑ์ (Criterion) พบว่า แบบประเมิน CMT สามารถประเมินผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยมี (Sensitivity) ถึง 100 เปอร์เซ็นต์ และ Specificity ถึง 90 เปอร์เซ็นต์ (Jitapunkul et al., 1996) การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินฉบับนี้โดยใช้วิธี Test-Retest พบว่ามีความเชื่อมั่นเท่ากับ .065 และหาความสอดคล้องภายในของแบบประเมิน โดยใช้ Cronbach's Alpha

พบว่ามีความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.81 การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบกับผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 50 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น .84

3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ประเมินจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล(The personal Resource Questionnaires: PRQ-85) ส่วนที่ 2 ของ แบรินส์และ ไวนิรท์ (Weinert & Tilden, 1990) แบบประเมินฉบับนี้มีข้อความทั้งหมด 25 ข้อประกอบด้วย 5 ด้านคือ ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านการมีส่วนร่วมหรือการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง และด้านการให้ความช่วยเหลือแนะนำด้านต่าง ๆ

เกณฑ์การให้คะแนน

การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับดังนี้

| | | | |
|---------|------------------------------|---------|---------------------|
| 7 คะแนน | หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง | 6 คะแนน | หมายถึง เห็นด้วย |
| 5 คะแนน | หมายถึง ค่อนข้างเห็นด้วย | 4 คะแนน | หมายถึง เฉย ๆ |
| 3 คะแนน | หมายถึง ค่อนข้างไม่เห็นด้วย | 2 คะแนน | หมายถึง ไม่เห็นด้วย |
| 1 คะแนน | หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | | |

การแปลผลโดยรวม

| | | |
|-----------|----------|------------------------------------|
| ช่วงคะแนน | 25 - 74 | หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมต่ำ |
| ช่วงคะแนน | 75 - 125 | หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง |
| ช่วงคะแนน | 126 -175 | หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมสูง |

แบบประเมินมีข้อความทางด้านลบอยู่ 5 ข้อคือ ข้อ 4 ,7, 10 ,16 และ ข้อ 24 ข้อคำถาม

ทางลบ การคิดคะแนนจะตรงกันข้ามกับข้อคำถามทางบวก

การให้คะแนนข้อความทางลบ

| | | | |
|---------|------------------------------|---------|---------------------|
| 7 คะแนน | หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | 6 คะแนน | หมายถึง ไม่เห็นด้วย |
| 5 คะแนน | หมายถึง ค่อนข้างไม่เห็นด้วย | 4 คะแนน | หมายถึง เฉย ๆ |
| 3 คะแนน | หมายถึง ค่อนข้างเห็นด้วย | 2 คะแนน | หมายถึง เห็นด้วย |
| 1 คะแนน | หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง | | |

การทดสอบความเชื่อมั่นแบบประเมินฉบับนี้ได้ มีการทดสอบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มี

สะโพกหักพบว่ามีความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 (สิริสุดา ชาวคำเขต ,2541) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบกับผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 50 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น .75

4. แบบประเมินการรับรู้ภาวะเครียด ใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะเครียด (The Perceived Stress Scale) ของโคเฮนและคณะ (Cohen et al., 1983) ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของลาซาลัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1966) และแปลโดยโสพิน แสงอ่อน (Sangon, 2001) ข้อคำถามมีทั้งหมด 14 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับความรู้สึกใน 1 เดือนที่ผ่านมา คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย แทบไม่เคย บางครั้ง บ่อย บ่อยมาก ข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ ข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 7, 9, 10 และ 13

ส่วนอีก 7 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้
เกณฑ์การให้คะแนน

| | | ข้อความทางบวก | ข้อความทางลบ |
|-----------|-----|---------------|--------------|
| ไม่เคย | ได้ | 0 คะแนน | 4 คะแนน |
| แทบไม่เคย | ได้ | 1 คะแนน | 3 คะแนน |
| บางครั้ง | ได้ | 2 คะแนน | 2 คะแนน |
| บ่อย | ได้ | 3 คะแนน | 1 คะแนน |
| บ่อยมาก | ได้ | 4 คะแนน | 0 คะแนน |

การแปลผลคะแนน

| | | | |
|-----------|------------|---------|--------------------------|
| ช่วงคะแนน | 0-19 | หมายถึง | มีความเครียดระดับต่ำ |
| ช่วงคะแนน | 20-38 | หมายถึง | มีความเครียดระดับปานกลาง |
| ช่วงคะแนน | มากกว่า 38 | หมายถึง | มีความเครียดระดับสูง |

การทดสอบความเชื่อมั่นแบบประเมินฉบับนี้ได้ มีการทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 (Jaiare, 1990) ในกลุ่มผู้หญิงที่อาศัยในสหรัฐอเมริกาจำนวน 29 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 (Sangon, 2001) ในกลุ่มมารดาและทารกที่อายุ 6-12 เดือน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 (Sinsuksia, 2001) การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบกับผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพาจำนวน 50 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น .80

5. แบบประเมินความว้าเหว ใช้แบบประเมินความว้าเหว (The Loneliness Scale) ของ De Jong Gierveld และ Tilburg (De Jong Geirveld & Tilburg, 1999) แบบประเมินประกอบด้วยทั้ง 2 ด้านคือ ด้านสังคมและด้านอารมณ์ แบบประเมินเป็นแบบตามตอบ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ มี 6 ข้อที่เป็นข้อคำถามทางลบคือข้อ 2, 3, 5, 6, 9 และ 10 และ ข้อคำถามทางบวกมี 5 ข้อ คือข้อ 1, 4, 7, 8 และ 11 แบบประเมินที่ใช้เป็นมาตราส่วน 2 ระดับ คือ 1 = ใช่ และ 0 = ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

การแปลผลคะแนน

| | | |
|------------|---------|-----------------------|
| คะแนน 0-2 | หมายถึง | ไม่ว่าเหว่ |
| คะแนน 3-8 | หมายถึง | ว่าเหว่ระดับปานกลาง |
| คะแนน 9-10 | หมายถึง | ว่าเหว่ระดับมาก |
| คะแนน 11 | หมายถึง | ว่าเหว่ระดับมากที่สุด |

การทดสอบความเชื่อมั่นแบบประเมินฉบับนี้ได้ มีการทดสอบในกลุ่มที่มีความหลากหลาย และมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .080-.090 (De Jong Geirveld & Tilburg, 1999) การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบกับผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 50 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น .78

6. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ใช้แบบวัดดัชนี บาร์เธลเอดีแอล (Modified Barthel ADL index) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย สุทธิชัย จิตพันธ์กุล (Jitapunkul, 1994) เป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน ที่ผู้สูงอายุไว้ที่พึ่งสามารถปฏิบัติอย่างเป็นอิสระ ไม่ต้องการความช่วยเหลือ หรือ การเฝ้าระวังดูแลจากบุคคลอื่น เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การเคลื่อนไหว การใช้ห้อง สุขา การขึ้นลงบันได เป็นต้น แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามระดับความรุนแรงดังนี้

| | |
|-------------|---|
| 0-4 คะแนน | ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เลย |
| 5-8 คะแนน | สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย |
| 9-11 คะแนน | สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง |
| 12-19 คะแนน | สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก |
| 20 คะแนน | สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้ทั้งหมด |

แบบประเมินชุดนี้ได้รับการทดสอบความตรงโดยผู้สูงอายุไทยในชุมชนคลองเตย จำนวน 703 คนพบว่า มีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) และมีความเหมาะสมในการประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในประชากรผู้สูงอายุ โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .79 และการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบกับผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 50 คนได้ค่าความเชื่อมั่น ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .85

7. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของคนไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) ซึ่งสร้างขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของคนไทย (Train the brain forum (Thailand), 1994) โดยใช้ต้นแบบจาก Geriatric Depression Scale (GDS) ของ เซซา

เวจ และคณะ (Yesavage et al., 1983) ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้านี้เป็นการตอบของผู้สูงอายุเพื่อประเมินความรู้สึกของตัวเองในระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะคำถามของแบบวัดความเศร้านี้เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นแบบวัดที่ใช้มาตราส่วน 2 ระดับ คือ ใช่ กับ ไม่ใช่โดยกำหนดดังนี้

ใช่ คือ ข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ ในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

ไม่ใช่ คือ ข้อความที่ไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ ในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

เกณฑ์การให้คะแนนถ้าคำถามด้านบวกประกอบด้วย ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 ตอบว่าใช่ ได้ 0 คะแนน ตอบว่าไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน ถ้าคำถามด้านลบประกอบด้วย ข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28 ตอบว่าใช่ได้ 1 คะแนน ตอบว่าไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน เมื่อนำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศซึ่งจำแนกเป็นเพศชาย 121 คนและเพศหญิง 154 คน ผลพบว่า เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการตอบแบบวัดคือ 10.09 นาทีจากนั้นนำคะแนนที่ได้ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson-KR₂₀) พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุหญิงเท่ากับ .94 และผู้สูงอายุชายเท่ากับ .91 โดยมีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ .93 (Train the brain forum (Thailand), 1994) การแปรผล คะแนนรวมของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วง 0-30 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 4 ระดับดังนี้

คะแนนอยู่ระหว่าง 0-12 คะแนน แปลว่า ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะปกติ

คะแนนอยู่ระหว่าง 13-18 คะแนน แปลว่า ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

คะแนนอยู่ระหว่าง 19-24 คะแนน แปลว่า ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะซึมเศร้าปานกลาง

คะแนนอยู่ระหว่าง 25-30 คะแนน แปลว่า ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะซึมเศร้ารุนแรง

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินภาวะซึมเศร้านี้ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าไปทดสอบกับผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 50 คน คะแนนที่ได้ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสูตร คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson-KR₂₀) พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่น .78

การหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเองและเป็นเครื่องมือที่ดัดแปลงมาจากผู้อื่น

1. ศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ ให้มีความเหมาะสมกับสิ่งที่จะวัด กำหนดขอบเขตและ โครงสร้างของเนื้อหา โดยนำทฤษฎีและข้อมูล

ต่าง ๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมวางกรอบเนื้อหาที่ต้องการค้นหาคำตอบมาสร้างแบบสอบถาม

2. นำเครื่องมือหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ อายุรแพทย์เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหาและโครงสร้าง หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านภาษาและความถูกต้องของเนื้อหา

3. นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วมาทดลอง (Tryout) กับผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพาจำนวน 50 คน ตรวจสอบความเป็นปรนัย (Objectivity) และความสะดวกในการนำเครื่องมือไปใช้ โดยพิจารณาจากคำตอบและการตอบของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์วิเคราะห์ หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Cronbach, 1990) และคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson-KR₂₀)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเตรียมผู้ช่วยนักวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีผู้ช่วยนักวิจัยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 10 ท่าน เป็นพยาบาลวิชาชีพ อาจารย์พยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยนักวิจัย โดยผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างรายละเอียดของแบบสัมภาษณ์แต่ละชุด การอธิบายการให้ค่าคะแนนของแบบสัมภาษณ์ แนวทางในการแนะนำตัวของผู้วิจัย แบบฟอร์มการเซ็นยินยอมการเข้าร่วมวิจัยของผู้สูงอายุ รายละเอียดของข้อมูลในการทำวิจัยที่ผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยต้องอธิบายให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล

จากนั้นผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดต่าง ๆ ในคู่มือให้กับผู้ช่วยนักวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้อธิบายและสาธิตการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย เริ่มต้นตั้งแต่การแนะนำตัว การชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัยและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย การขอความร่วมมือ วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ วิธีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง การตรวจสอบข้อมูลเพื่อตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้องตรงกับผู้วิจัย จากนั้นให้ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อสาธิตให้ผู้ช่วยนักวิจัยดูเป็นตัวอย่าง 2 ครั้ง หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยนักวิจัยทดลองสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างและบันทึกข้อมูล 2-3 ครั้งจนได้ข้อมูลตรงกับที่ผู้วิจัย

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยซึ่งมีรายละเอียดการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือ ถึงนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อขอรายชื่อผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่รับผิดชอบ โดยชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยยึดหลักสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินวิจัย

2. นำรายชื่อผู้สูงอายุ มาจับฉลากเพื่อสุ่มตัวอย่าง

3. นัดหมาย วัน และเวลาในการเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุที่บ้าน หรือชมรมผู้สูงอายุ ถ้าการนัดหมายกับผู้สูงอายุล่วงหน้าแล้ว ไม่พบจำนวน 3 ครั้ง ผู้วิจัยจะดำเนินการจับฉลากรายชื่อผู้สูงอายุใหม่ เพื่อให้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

4. เข้าพบผู้สูงอายุที่บ้าน หรือ ในชมรมชมรมผู้สูงอายุในช่วงกลางวัน หลังเลิกงาน และช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุสะดวก โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงข้อมูลในการศึกษาวิจัยและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้ผู้สูงอายุทราบว่าข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะเก็บผลเป็นความลับและจะแสดงผลโดยรวม โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุและครอบครัว หากผู้สูงอายุมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้และ สามารถยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการทำวิจัย และ ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยทุกคนก่อนเริ่มทำการสัมภาษณ์

5. กรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถอ่านแบบสัมภาษณ์ได้ด้วยตนเองผู้วิจัยและทีมเป็นผู้อ่านแบบสัมภาษณ์และให้ผู้สูงอายุตอบคำถามด้วยตนเอง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้อธิบาย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ขั้นตอนในการศึกษาวิจัย และผลลัพธ์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นำมาใช้ประโยชน์ในการวิจัยและเพื่อนำไปพัฒนางานบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเท่านั้น ข้อมูลที่เก็บครั้งนี้ไม่มีการระบุ ชื่อ นามสกุล หรือ ที่อยู่ของผู้สูงอายุแต่จะลงเลขรหัสแทน และจะเก็บเป็นความลับ รายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับจากศูนย์สุขภาพชุมชนจะทำลายหลังจากการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น เมื่อผู้สูงอายุซักถามปัญหา เข้าใจรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง จึงให้ผู้สูงอายุลงนามในใบยินยอมและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยการใช้อำนาจสถิติต่างๆ ดังนี้

1. วิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน ความว่าเหว่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับภาวะซึมเศร้าโดยการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) และ ของสเปียร์แมน (Spearman rho Correlation) และได้กำหนดระดับความสัมพันธ์ดังนี้ (Munro, 1997)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

| | |
|-----------|-------------------------------------|
| 0.00-0.25 | แสดงว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก |
| 0.26-0.49 | แสดงว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ |
| 0.50-0.69 | แสดงว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง |
| 0.70-0.89 | แสดงว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง |
| 0.90-1.00 | แสดงว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก |

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ของตัวแปร รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน ความว่าเหว่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการใช้สถิติ Multiple Regressions ด้วยสมการพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation Study Designs) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงใต้แก่ จังหวัด ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ฉะเชิงเทรา นครนายก และ ปราจีนบุรี จำนวน 524 คน สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี ไม่มีปัญหาเรื่องภาวะสมองเสื่อมหรือความจำเสื่อมโดยผู้สูงอายุประเมินความจำเสื่อมหรือการเสื่อมของสมองตามแบบประเมิน Chula Mental Test (CMT) และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในงานวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายโดยแบ่งเป็น 9 ส่วนดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 3 ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 4 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 5 ระดับความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 6 ระดับการรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 7 ระดับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 9 การวิเคราะห์สมการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ผู้ที่พักอาศัยร่วมกับผู้สูงอายุ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพการเงิน ประวัติความเจ็บป่วย ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ แสดงไว้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มผู้สูงอายุจำแนกตาม เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส อายุ ผู้ที่พักอาศัยร่วมกับผู้สูงอายุ จำนวนสมาชิกในครอบครัว อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพการเงิน ประวัติความเจ็บป่วย ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ (N= 524)

| ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ | จำนวน ผู้สูงอายุ | ร้อยละ |
|---------------------------|---------------------|------------|
| เพศ | | |
| ชาย | 187 | 35.7 |
| หญิง | 337 | 64.3 |
| รวม | 524 | 100 |
| ศาสนา | | |
| พุทธ | 523 | 99.8 |
| อิสลาม | 1 | 0.2 |
| รวม | 524 | 100 |
| สถานภาพ | | |
| โสด | 24 | 4.6 |
| สมรส | 277 | 52.9 |
| หม้าย หย่า แยก | 223 | 42.6 |
| รวม | 524 | 100 |
| อายุ | | |
| 60-65 | 178 | 34 |
| 66-70 | 141 | 26.9 |
| 71-75 | 93 | 17.7 |
| 76 -80 | 75 | 14.4 |
| 80 ปีขึ้นไป | 35 | 13.8 |
| รวม | 524 | 100 |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ | จำนวน ผู้สูงอายุ | ร้อยละ |
|--|---------------------|------------|
| ผู้ที่พักอาศัยร่วมกับผู้สูงอายุ | | |
| อยู่คนเดียว | 79 | 15.1 |
| พักอยู่กับสามี หรือภรรยา | 171 | 32.6 |
| พักอยู่กับบุตร หรือญาติ | 169 | 32.3 |
| พักอยู่กับสามี หรือภรรยา และ บุตร | 105 | 20 |
| รวม | 524 | 100 |
| จำนวนสมาชิกในครอบครัว | | |
| น้อยกว่า 3 คน | 176 | 24 |
| 3-5 คน | 273 | 52.6 |
| มากกว่า 5 คน | 75 | 23.4 |
| รวม | 524 | 100 |
| อาชีพ | | |
| ไม่ได้ทำงาน | 182 | 34.7 |
| รับจ้าง | 116 | 22.1 |
| เกษตรกร | 166 | 31.7 |
| ธุรกิจส่วนตัว | 37 | 7.1 |
| ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ | 23 | 4.4 |
| รวม | 524 | 100 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ไม่ได้รับการศึกษา | 14 | 2.7 |
| ประถมศึกษา | 441 | 84.2 |
| มัธยมศึกษา/ ปวช. | 31 | 5.9 |
| อนุปริญญา/ ปวส. | 9 | 1.7 |
| ระดับปริญญาตรี | 15 | 2.9 |
| รวม | 524 | 100 |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ | จำนวน ผู้สูงอายุ | ร้อยละ |
|---|---------------------|------------|
| รายได้ | | |
| ไม่มีรายได้ | 10 | 1.9 |
| 300- 5,000 | 456 | 87.0 |
| 5,001-10,000 | 33 | 6.9 |
| 10,000 ขึ้นไป | 22 | 4.2 |
| รวม | 524 | 100 |
| ความเพียงพอของรายได้ | | |
| พอใช้และเหลือเก็บ | 45 | 8.6 |
| พอใช้และไม่เหลือเก็บ | 90 | 17.2 |
| ไม่เพียงพอและไม่มีหนี้สิน | 140 | 26.7 |
| ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน | 249 | 47.5 |
| รวม | 524 | 100 |
| สถานภาพการเงิน | | |
| รายได้มากกว่ารายจ่าย | 51 | 9.7 |
| รายได้เท่ากับรายจ่าย | 66 | 12.6 |
| รายได้น้อยกว่ารายจ่าย | 245 | 46.8 |
| รายได้ไม่แน่นอนบางครั้งเหลือเก็บ บางครั้งเป็นหนี้ บางครั้งก็พอดี | 162 | 30.9 |
| รวม | 524 | 100 |
| ประวัติการเจ็บป่วย | | |
| มีประวัติการเจ็บป่วย | 396 | 75.6 |
| ไม่มีประวัติการเจ็บป่วย | 128 | 24.4 |
| รวม | 524 | 100 |
| ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว | | |
| ไม่มีประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว | 470 | 89.7 |
| มีประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว | 54 | 10.3 |
| รวม | 524 | 100 |

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มผู้สูงอายุ จำแนกตาม ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แสดงไว้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน ความว้าเหว่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะซึมเศร้า (N= 524)

| ปัจจัย | ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) |
|---------------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| การสนับสนุนทางสังคม | 113.36 | 25.36 |
| การรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน | 24.50 | 8.00 |
| ความว้าเหว่ | 6.72 | 1.50 |
| ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน | 17.80 | 3.60 |
| ภาวะซึมเศร้า | 16.86 | 4.53 |

ตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่า ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวันความว้าเหว่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ ภาวะซึมเศร้า ตามลำดับดังนี้ ค่าเฉลี่ย(\bar{X}) = 113.36, 24.50, 6.72, 17.80 และ 16.86 ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD) = 25.36, 8.00, 1.50, 3.60 และ 4.53 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แสดงไว้ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (N= 524)

| ช่วงคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน | จำนวนผู้สูงอายุ | ร้อยละ | ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน |
|--|-----------------|---------------------------|---|
| 0-4 | - | - | ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ |
| 5-8 | 17 | 3.2 | สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้น้อย |
| 9-11 | 33 | 6.3 | สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง |
| 12-19 | 162 | 30.9 | สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก |
| 20 คะแนน | 312 | 59.5 | สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้ทั้งหมด |
| รวม | 524 | 100 | สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก |
| | | Mean(\bar{X}) = 17.80 | SD = 3.60 |

จากตารางที่ 4 พบว่าระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 17.80, SD = 3.60$) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้ทั้งหมด ร้อยละ 59.5 รองลงมา มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 30.9 ระดับปานกลาง ร้อยละ 6.3 และระดับน้อย ร้อยละ 3.2 ตามลำดับ จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้

ส่วนที่ 5 ระดับความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ แสดงไว้ที่ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ ของคะแนน ความวิตกกังวล (N= 524)

| ช่วงคะแนนความวิตกกังวล | จำนวน ผู้สูงอายุ | ร้อยละ | ระดับความวิตกกังวล |
|---|---------------------|------------|--------------------|
| 0-2 | - | - | ไม่วิตกกังวล |
| 3-8 | 456 | 86.3 | ปานกลาง |
| 9-10 | 63 | 12.0 | มาก |
| 11 | 9 | 1.7 | มากที่สุด |
| รวม | 524 | 100 | |
| Mean (\bar{X}) = 6.72 SD = 1.50 | | | ปานกลาง |

ตารางที่ 5 พบว่าระดับความวิตกกังวลในผู้สูงอายุภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 6.72, SD = 1.50$) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.3 รองลงมา มีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 12 และระดับมากที่สุด ร้อยละ 1.7 ตามลำดับ จากการศึกษารั้งนี้ไม่พบผู้สูงอายุท่านใดที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล

ส่วนที่ 6 ระดับการรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ
แสดงไว้ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนการรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน
ของผู้สูงอายุ (N= 524)

| ช่วงคะแนนการรับรู้ภาวะเครียด ในชีวิตประจำวัน | จำนวน ผู้สูงอายุ | ร้อยละ | ระดับความเครียด |
|---|---------------------|--------|-----------------|
| 0-19 | 154 | 29.4 | ต่ำ |
| 20-38 | 337 | 64.3 | ปานกลาง |
| มากกว่า 38 | 33 | 6.3 | สูง |
| รวม | 524 | 100 | |
| Mean (\bar{X}) = 24.50 SD = 8.0 | | | ปานกลาง |

ตารางที่ 6 พบว่าระดับการรับรู้ภาวะเครียดในผู้สูงอายุภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับ
ปานกลาง ($\bar{X} = 24.50, SD = 8.0$) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ภาวะเครียดอยู่ในระดับ
ปานกลาง ร้อยละ 64.3 รองลงมา มีระดับการรับรู้ภาวะเครียดอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 29.4 และ
ระดับสูง ร้อยละ 6.3 ตามลำดับ

ส่วนที่ 7 ระดับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ
แสดงไว้ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ
(N= 524)

| ช่วงคะแนนการสนับสนุนทางสังคม | จำนวน | ร้อยละ | ระดับการสนับสนุนทางสังคม |
|--|-------|--------|--------------------------|
| 25-74 | 32 | 6.1 | ต่ำ |
| 75-125 | 305 | 58.2 | ปานกลาง |
| 126-175 | 187 | 35.7 | สูง |
| รวม | 524 | 100 | |
| Mean (\bar{X}) = 113.36 SD = 25.36 | | | ปานกลาง |

ตารางที่ 7 พบว่าระดับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 113.36$, $SD = 25.36$) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.2 รองลงมา มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 35.7 และระดับต่ำ ร้อยละ 6.1 ตามลำดับ

ส่วนที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน และสเปียร์แมน (Pearson Correlation and Spearman rho Correlation) แสดงไว้ดังตารางที่ 8 และ 9

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rho Correlation) ระหว่าง สถานภาพสมรส การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ (N= 524)

| ตัวแปร | ภาวะ ซึมเศร้า | สถานภาพ สมรส | การรับรู้ภาวะ สุขภาพ | ประวัติภาวะ ซึมเศร้าใน ครอบครัว |
|-------------------------------|------------------|-----------------|-------------------------|---------------------------------------|
| ภาวะซึมเศร้า | 1 | | | |
| สถานภาพสมรส | .070 | 1 | | |
| การรับรู้ภาวะสุขภาพ | -0.252* | .020 | 1 | |
| ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว | .260* | -.051 | -.040 | 1 |

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

จากตารางที่ 8 พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($\rho = -.252, P < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับประวัติภาวะซึมเศร้า ในครอบครัวและ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสถานภาพสมรส อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($\rho = -.40, .020, P < .01$ ตามลำดับ) โดยที่ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($\rho = .260, P < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบ กับสถานภาพสมรสและการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($\rho = -.051, -.040, P < .01$ ตามลำดับ) และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($\rho = .070, P < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและ มีความสัมพันธ์ทางลบประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($\rho = .020, -.051, P < .01$) ตามลำดับ

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson Correlation) ระหว่างความว้าเหว การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (N= 524)

| ตัวแปร | ภาวะซึมเศร้า | ความว้าเหว | การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน | การสนับสนุนทางสังคม | รายได้ | ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน |
|---------------------------------------|--------------|------------|------------------------------------|---------------------|--------|---------------------------------------|
| ภาวะซึมเศร้า | 1 | | | | | |
| ความว้าเหว | .537* | 1 | | | | |
| การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน | .471* | .390* | 1 | | | |
| การสนับสนุนทางสังคม | -.405* | -.240* | -.284* | 1 | | |
| รายได้ | -.163* | -.105* | -.195* | .133* | 1 | |
| ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน | -.307* | -.185* | -.205* | .143* | .071 | 1 |

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

จากตารางที่ 9 พบว่า ความว้าเหวและ การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .537, .471, P < .01$ ตามลำดับ) โดยที่ การสนับสนุนทางสังคม รายได้ และ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = -.405, -.163, -.307, P < .01$ ตามลำดับ) ในขณะที่ความว้าเหวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม รายได้ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 ($r = .390, -.240, -.105, -.185, P < .01$ ตามลำดับ) การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความว้าเหว และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม รายได้ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 ($r = .390, -.284, -.195, -.205, P < .01$ ตามลำดับ) การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ รายได้ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมีความสัมพันธ์ทางลบกับ ความว้าเหวและการรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่.01 ($r = .133, .143, -.204, -.284, P < .01$ ตามลำดับ) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว้าเหวและ การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 ($r = .133, -.105, -.195, P < .01$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ รายได้ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่.01 ($r = .070, P < .01$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมี

ความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลและ การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวันและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 ($r = -.185, -.205, .143, P < .01$ ตามลำดับ) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 ($r = .070, P < .01$)

ส่วนที่ 9 การวิเคราะห์สมการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

จากปัจจัยส่วนบุคคล ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวล และ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการใช้การวิเคราะห์สมการพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับตัวแปรเกณฑ์คือภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

| ตัวแปรทำนาย | R^2 | R^2 change | b | SE | $Beta$ | F | P |
|---------------------------------------|-------|--------------|------|------|--------|--------|------|
| ขั้นที่ 1 | | | | | | | |
| ความวิตกกังวล | .288 | .288 | 1.66 | .11 | .54 | 211.15 | .000 |
| ขั้นที่ 2 | | | | | | | |
| ความวิตกกังวล | | | 1.28 | .12 | .42 | 67.01 | .000 |
| การรับรู้ภาวะเครียด | .369 | .081 | .18 | .02 | .31 | | |
| ขั้นที่ 3 | | | | | | | |
| ความวิตกกังวล | | | 1.17 | .11 | .38 | 47.08 | .000 |
| การรับรู้ภาวะเครียด | | | .15 | .02 | .26 | | |
| การสนับสนุนทางสังคม | .422 | .052 | -.04 | .01 | -.24 | | |
| ขั้นที่ 4 | | | | | | | |
| ความวิตกกังวล | | | 1.15 | .11 | .37 | 29.90 | .000 |
| การรับรู้ภาวะเครียด | | | .13 | .02 | .24 | | |
| การสนับสนุนทางสังคม | | | -.04 | .01 | -.23 | | |
| ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว | .453 | .032 | 2.68 | .49 | .18 | | |
| ขั้นที่ 5 | | | | | | | |
| ความวิตกกังวล | | | 1.09 | .11 | .36 | 24.23 | .000 |
| การรับรู้ภาวะเครียด | | | .14 | .02 | .24 | | |
| การสนับสนุนทางสังคม | | | -.04 | .01 | -.21 | | |
| ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว | | | 2.64 | .48 | .18 | | |
| การรับรู้ภาวะสุขภาพ | .478 | .024 | -.87 | .18 | -.16 | | |
| ขั้นที่ 6 | | | | | | | |
| ความวิตกกังวล | | | 1.05 | .11 | .34 | 19.14 | .000 |
| การรับรู้ภาวะเครียด | | | .12 | .02 | .28 | | |
| การสนับสนุนทางสังคม | | | -.04 | .01 | -.21 | | |
| ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว | | | 2.63 | .47 | .18 | | |
| การรับรู้ภาวะสุขภาพ | | | -.78 | .18 | -.14 | | |
| ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน | .496 | .019 | -.18 | .04 | -.14 | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

จากตารางที่ 10 พบว่าการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนเพื่อหาตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้ผลดังนี้

ขั้นที่ 1 ตัวทำนายที่เข้าสมการถดถอยพหุแบบขั้นตอนอันดับ 1 คือ ความว่าเหว่ สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 28.8

ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวทำนายการรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวันเข้าไปในสมการพบว่าสามารถร่วมกันทำนาย ภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 36.9

ขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวทำนายการสนับสนุนทางสังคมเข้าไปในสมการพบว่าสามารถร่วมกันทำนาย ภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 42.2

ขั้นที่ 4 เมื่อเพิ่มตัวทำนายประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวเข้าไปในสมการพบว่าสามารถร่วมกันทำนาย ภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 45.3

ขั้นที่ 5 เมื่อเพิ่มตัวทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพเข้าไปในสมการพบว่าสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 47.8

ขั้นที่ 6 เมื่อเพิ่มตัวทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเข้าไปในสมการพบว่าสามารถร่วมกันทำนาย ภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 49.6

ดังนั้น ความว่าเหว่ การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ และ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($P < .01$) โดยความว่าเหว่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุด รองลงมาได้แก่ การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) = .341, .217, -.205, .177, -.142 และ -.142 ตามลำดับ ปัจจัยทำนายทั้ง 6 ปัจจัยนั้น มีทั้งปัจจัยที่เป็นทางบวกและทางลบ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยที่ตัวทำนายทั้งหกสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 49.6 สามารถเขียนสมการถดถอยได้ดังนี้

สมการที่ใช้แสดงสมการถดถอยในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในรูปแบบเนนคิบ คือ

$$\text{ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ} = 15.28 + 1.05 (\text{ความว่าเหว่}) + .12 (\text{การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน}) - .04 (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) + 2.63 (\text{ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว}) - .78 (\text{การรับรู้ภาวะสุขภาพ}) - .18 (\text{ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน})$$

สมการที่ใช้แสดงสมการถดถอยในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 ในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

$$\begin{aligned} \text{ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ} = & .341 (\text{ความวิตกกังวล}) + .217 (\text{การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน}) \\ & - .205 (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) + .180 (\text{ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว}) \\ & - .142 (\text{การรับรู้ภาวะสุขภาพ}) - .142 (\text{ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน}) \end{aligned}$$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation Study Designs) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยไม่มีปัญหาเรื่องภาวะสมองเสื่อมหรือความจำเสื่อมโดยผู้สูงอายุประเมินความจำเสื่อมหรือการเสื่อมของสมองตามแบบประเมิน Chula Mental Test (CMT) และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในงานวิจัยจำนวน 547 คน อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามกำหนดไว้ในงานวิจัยมีเพียง 254 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเสื่อมของสมอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้ภาวะเครียด แบบประเมินความหวาดกลัว แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน กันยายน – ธันวาคม 2551

3. นำข้อมูลทั้งหมดมาทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติดังนี้

3.1 วิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว

การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะเครียด ความหวาดกลัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับภาวะซึมเศร้าโดยการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) และ ของสเปียร์แมน (Spearman rho Correlation)

3.3 วิเคราะห์อำนาจในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ของตัวแปร ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะเครียด ความหวาดกลัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการใช้สถิติ Multiple Regressions ด้วยสมการพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .01

สรุปผลการวิจัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.3 อายุระหว่าง 66-70 ปี ร้อยละ 26.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.8 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.9 พักอาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยาของผู้สูงอายุ ร้อยละ 32.6 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-5 คน ร้อยละ 52.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.2 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 34.7 มีรายได้ระหว่าง 300-5,000 บาท ร้อยละ 87 รายได้ที่ได้รับน้อยกว่ารายจ่าย สถานภาพการเงินไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ร้อยละ 47.5 มีประวัติการเจ็บป่วย ร้อยละ 75.6 ไม่มีประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว ร้อยละ 89.7 และรับรู้ว่ามีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 38.5

โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 51.7 รองลงมา มีระดับภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 22.1 และรุนแรง ร้อยละ 8.6 ตามลำดับ และ ร้อยละ 17.6 ของผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีระดับภาวะซึมเศร้าภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 16.86, SD = 4.53$)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้ทั้งหมด ร้อยละ 59.5 รองลงมา มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 30.9 ระดับปานกลาง ร้อยละ 6.3 และระดับน้อย ร้อยละ 3.2 ตามลำดับ การศึกษาคั้งนี้ไม่มีผู้สูงอายุท่านใดที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ และมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 17.80, SD = 3.60$)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความว่าเหวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.3 รองลงมา มีระดับความว่าเหวอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 12 และระดับมากที่สุด ร้อยละ 1.7 ตามลำดับ การศึกษาคั้งนี้ไม่มีผู้สูงอายุท่านใดที่ไม่มีภาวะว่าเหว และมีระดับความว่าเหวภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 6.72, SD = 1.50$)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ภาวะเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.3 รองลงมา มีระดับการรับรู้ภาวะเครียดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 29.4 และระดับสูง ร้อยละ 6.3 ตามลำดับ และมีการรับรู้ภาวะเครียดในผู้สูงอายุภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 24.50, SD = 8.0$)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.2 รองลงมา มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 35.7 และระดับต่ำ ร้อยละ 6.1 ตามลำดับ และมีระดับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 113.36, SD = 25.36$)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าพบว่า การสนับสนุนทางสังคม รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .01 ($r = -.405, -.163, -.307, p = -.252$ $P < .01$ ตามลำดับ) โดยที่ความว้าเหว่ การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน และ ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 01 ($r = .537, .471, p = .260, P < .01$ ตามลำดับ)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายภาวะซึมเศร้าพบว่าความว้าเหว่ การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($P < .01$) โดยที่ความว้าเหว่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุด รองลงมาได้แก่ การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) = .341, .217, -.205, .177, -.142 และ -.142 ตามลำดับ ปัจจัยทำนายทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 49.6 และสามารถเขียนสมการถดถอยในรูปแบบมาตรฐานได้ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ} = & .341 (\text{ความว้าเหว่}) + .217 (\text{การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน}) \\ & - .205 (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) + .180 (\text{ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว}) \\ & - .142 (\text{การรับรู้ภาวะสุขภาพ}) - .142 (\text{ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน}) \end{aligned}$$

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าร้อยละ 82.4 ของผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้าโดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 51.7 รองลงมาคือ ระดับปานกลางร้อยละ 22.1 และระดับรุนแรงร้อยละ 8.6 พบว่า ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศ ที่ระดับความรุนแรงอยู่ระหว่างร้อยละ 12.8 ถึง 84.8 (Charoenkhum, 1992; Jantarapat et al., 2004; Jitapunkul, Chayowan & Yortphet., 2002; Linsuwanont, 2000; Pichai, 2003; Pinyopornpanish et al., 2003; Sukhatunga, 1999; Thavichachat et al., 1990; Thaweeboon & Peachpansri, 1999; Thongtang et al., 2002) จากการที่ระดับของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา Lepin and Bouchez (1998) อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น การเลือกใช้เครื่องมือที่แตกต่างกัน การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า

การคัดสรรกลุ่มตัวอย่างและการศึกษาในพื้นที่ที่แตกต่างกันอาจจะทำให้ผลการศึกษาก็ที่ได้รับแตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้แม้จะเป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน 8 จังหวัด ภาคตะวันออกของประเทศ แต่ ผลลัพธ์ของการศึกษาแสดงให้เห็นถึงระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากซึ่งส่งผลให้ผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพต้องตระหนักถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากผู้สูงอายุที่เผชิญกับภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบต่อภาวะสุขภาพที่มีระดับความรุนแรงมากขึ้น อีกทั้งการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความจำเป็นเพื่อที่ผู้ให้บริการ โดยเฉพาะพยาบาลที่ต้องดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดจะสามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้ตั้งแต่เริ่มต้นได้

หนึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสำรวจ (Survey) ซึ่งไม่ได้ควบคุมปัจจัยบางประการในขณะที่เข้าไปดำเนินการเก็บข้อมูล ฉะนั้น ผู้วิจัยไม่ทราบสถานการณ์ของผู้สูงอายุในขณะนั้นว่าเป็นอย่างไร ซึ่งอาจเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุมีปัญหา หรือวิตกกังวลกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

สำหรับปัจจัยมีความสัมพันธ์และทำนายภาวะซึมเศร้านั้นสามารถนำมาอภิปรายผล การศึกษาดังนี้

รายได้ การศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่ได้ทำงานร้อยละ 34.7 มีรายได้ น้อยกว่ารายจ่าย รายได้ที่ได้รับไม่เพียงพอ และมีหนี้สินถึงร้อยละ 47.5 และร้อยละ 1.9 ของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีรายได้ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มณี ภิญญพรพาณิชย์ และคณะ (Pinyopompanish, 2003) และ อัมพร โอตระกูลและคณะ (2536) ในปัจจุบันแม้ว่าผู้สูงอายุได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาล ผู้สูงอายุบางคนได้รับเงินจากบุตรหลาน และมีรายได้จากเงินบำนาญ แม้ว่าขณะนี้รัฐบาลมีการจ่าย เบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุจำนวน 500 บาทต่อเดือนนั้นรายได้ที่ได้รับก็ยังคงน้อยกว่ารายจ่ายที่มีอยู่ พบว่าผู้สูงอายุมีรายได้ระหว่าง 500-5000 บาท ถึงร้อยละ 87 โดยมีรายได้ต่ำกว่ารายได้อื่นที่รัฐ กำหนดไว้ ซึ่งในส่วนราชการนั้น กำหนดไว้ที่ 8,200 บาทต่อเดือน ขณะที่กระทรวงแรงงานนั้น ได้ กำหนดรายได้ขั้นต่ำให้แต่ละจังหวัดแตกต่างกันออกไป โดยที่จังหวัดในเขตภาคตะวันออกนั้น อยู่ในระหว่าง 160-180 บาทต่อวัน ซึ่งเมื่อคำนวณต่อเดือนแล้วนั้น รายได้ขั้นต่ำในภาคแรงงาน อุตสาหกรรมนั้นอยู่ระหว่าง 48,00 -5,400 บาทต่อเดือน (กระทรวงแรงงาน, 2552)

จึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุนั้นมีปัญหาความยากจน ซึ่งความยากจนวัดได้จาก สภาพเศรษฐกิจต่ำ การที่มีรายได้น้อย ไม่มีทรัพย์สิน ไม่มีที่อยู่ ไม่มีงานทำ การศึกษาน้อย (Patel & Kliman, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบสนับสนุนของ ลอเรนซ์ (Lorent et al., 2003) ที่พบว่า บุคคลที่มีเศรษฐกิจไม่ดีมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า มากกว่า 1.81 เท่า (Odd ratio= 1.81, $p < 0.001$) ถ้าเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเรื้อรังแล้วความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามีเพิ่มมากขึ้น ถึง 2.06 เท่า (Persisting depression OR = 2.06, $p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรอส์

(Thoits, 1995) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่รายได้ต่ำมีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้โดยเฉพาะผู้สูงอายุชาย

นอกจากนี้ ผลกระทบจากปัญหาเรื่องรายได้ที่น้อย หรือไม่เพียงพอต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถจ่ายใช้สอยได้ตามความต้องการอีกทั้งไม่มีความภาคภูมิใจเนื่องจากต้องอาศัยบุคคลอื่นในเรื่องค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีปัญหาเรื่องภาวะสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เงินในการรักษา ผู้สูงอายุนั้นเกิดความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายการรักษา แม้ว่าจะมีสวัสดิการจากรัฐ แต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ความไม่เพียงพอของเงินที่ต้องใช้ในชีวิตรประจำวัน จากการศึกษาของเขาวรัตน์ ชันธิวิชัย (Khanthawichai, 2001) พบว่าผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดชลบุรีที่มีรายได้ต่ำกว่ารายจ่ายถึงร้อยละ 31.4 มีภาวะซึมเศร้าแม้ว่ารายจ่ายเรื่องการรักษา นั้นจะไม่ได้รับผลกระทบมาก แต่รายจ่ายที่เกิดจากการที่ต้องเดินทางเข้ามารับการรักษาเนื่องจากต้องเข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลตามสภาวะของโรคปอด ผู้สูงอายุบางรายยังต้องมีการพึ่งพารายได้จากลูกหลานซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่ได้พึงพอใจในรายรับที่ได้รับซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มาโนช ทับมณี (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจต่อรายได้ที่ได้รับนั้น มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความพึงพอใจในรายได้ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ นั้นมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุที่รายได้สูง

สถานภาพสมรส จากสมมุติฐานที่ว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยก มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีคู่ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าสถานภาพสมรสนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาของ เกริกชัย พิชัย (Pichai, 2003) ที่พบว่าสถานภาพทั้งในสังคมเมืองหรือชนบท มีการอยู่อาศัยร่วมกันเป็นลักษณะครอบครัวขยาย (Extended Family) ที่มีคน 3 รุ่น อยู่ร่วมอาศัยในชายคาเดียวกันที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก และปู่ย่า หรือตายาย รวมทั้งลูกหลานที่ยังไม่แต่งงาน ครอบครัวไทยถือว่าผู้สูงอายุ คือ บุพการีที่ต้องให้ความอุปการะเลี้ยงดูจนครบเท่าชีวิตจะหาไม่ การเลี้ยงดู หรือดูแลบิดามารดาเป็นบทบาทของลูกหลาน แม้ว่าผู้สูงอายุจะไม่มีคู่คอยเป็นเพื่อนคู่คิดในวัยชรา นั้นจึงไม่มีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุยังมีลูกหลานคอยดูแล และจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่กับบุตร หรือญาติถึงร้อยละ 32.3 ร้อยละ 32.6 พักอยู่กับสามีหรือภรรยา และ ร้อยละ 20 พักอยู่กับสามีหรือภรรยาและบุตร จากการศึกษาที่มีผู้ดูแล ทำให้ไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ไม่รู้สึกรู้สึกเหงา ว้าเหว่ แม้ว่าการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ หม้าย หย่า แยก ถึงร้อยละ 42.6 แต่ภาวะการสูญเสียคู่สมรสหรือการแยกจากกันนั้นอาจมีระยะเวลาอันยาวนานผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้และการขาดคู่สมรสนั้นไม่ได้เป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีผู้สูงอายุเกิดภาวะสูญเสียคนรัก หรือแยกจากคนรัก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความโศกเศร้า เสียใจได้ แต่จะอยู่ในช่วงปีแรก ซึ่งเป็นช่วงเวลาไม่

นานหลังจากเกิดปัญหา แต่เมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้นถ้าหากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้จะพัฒนาการจนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด

การรับรู้ภาวะสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้าและเป็นตัวร่วมทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี หลินสุวนนท์ (Linsuwanont, 2000) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ กาญจนา ไทยเจริญ (2543) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายนั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากกายและจิตมีความสัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกกันได้ เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าดีหรือไม่ดี ก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตตามไปด้วย ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุประเมินว่าภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดีแล้ว ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพคือ ความคิดความเข้าใจของตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึก และความคิดเห็นต่อภาพรวมของสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (ฤดี ปุงบางกระตี, 2540) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้สูงอายุสามารถรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ว่าเป็นภาวะคุกคามต่อภาวะสุขภาพมากน้อยเพียงใด เมื่อผู้สูงอายุประเมินว่าเป็นภัยคุกคามต่อตนเองส่งผลให้เกิดความเครียดได้ เมื่อภัยคุกคามทางสุขภาพที่ผู้สูงอายุเผชิญอยู่เป็นระยะเวลานานและผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ ผู้สูงอายุเกิดความเครียดสะสม จนเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ขึ้น โดยเฉพาะ โรคซึมเศร้า จากการศึกษาของ จตุพร โนโซติ (2547) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีการปรับตัวที่เหมาะสมจะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพไม่ก่อให้เกิดความเครียดจากภาวะสุขภาพของตนเองได้ แต่ถ้าหากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด และภาวะซึมเศร้าในที่สุด

นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางกายนั้นพบว่า มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เจ็บป่วย (Khandelwal et al., 2001) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง โรคเส้นเลือดในสมองแตก กระดูกหัก รูมาตอยด์ หรือการได้รับการบาดเจ็บจากการหกล้ม มีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ไม่เจ็บป่วย (Arbelaez et al., 2007; Bogner et al., 2007; Covic et al., 2006; Diem et al., 2007; Jonas & Mussolino, 2000; Jonge et al., 2006; Reyes-Gibby et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิช (Siripanich, 1988) และ มาโนช ทับมณี (2541) และกนกรัตน์ สุขตุงคะและคณะ (Sukhatunga et al., 1999) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายไม่สมบูรณ์ การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง ทำให้ต้องจำกัดกิจกรรมส่วนตัวและสังคมลงไป ทำให้ต้องอยู่กับตนเอง เมื่อมีเวลามากเกินไป ก็จะเกิดความน้อยใจ และเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การศึกษาครั้งนี้พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้าและเป็นตัวร่วมทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ เฮส์ และคณะ (Hays et al., 1998) ชัดเจน จันทรพัฒน์ และคณะ (Jantarapat et al, 2004) ลากลอดี และฟิลส์แพททริก (La Gory & Filzpatrick, 1992) และ หย่าง และจอร์จ (Yang & George, 2005) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีอิทธิพลในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาล (Jantarapat et al, 2004) ผู้สูงอายุที่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Khanthawichai, 2001) และ ผู้สูงอายุในชุมชน (Wurff, Beekman, Dijkshoorn, Spijke, Smits, Stek, & Verhoeff, 2004)

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นไปในทางเสื่อม เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้ง่าย และเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยแล้วอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้มากขึ้นอีกทั้งการที่ร่างกายกลับเข้ามาสู่ภาวะสุขภาพปกติอาจทำได้ยาก ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถดำรงบทบาทของตนเองไว้ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นทำให้คุณค่าในตนเองลดลงหรือไร้คุณค่า การที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีความคุณค่าในตนเองน้อย จะเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหวัง รู้สึกโกรธตนเอง และกลายเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด (Parent & Whall, 1984) จากสมมุติฐานที่ว่า การที่ผู้สูงอายุความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า นั้นพบว่ามีทฤษฎีที่สามารถอธิบายได้หลายทฤษฎี เช่นทฤษฎีทางจิตเวชผู้สูงอายุ บรูส์ (Bruce, 2001) ได้แสดงความเห็นว่าการผู้สูงอายุที่สามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้น้อยเป็นกรณีที่น่าบ่งบอกถึงการทำงานของร่างกาย สมองและอารมณ์มีการเสื่อมสภาพ และนั่นก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับมุมมองของนักระบาดวิทยานั้น พบว่า การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองเนื่องจากสาเหตุการเจ็บป่วยทางกาย ยังเป็นปัจจัยเสี่ยง ก่อให้เกิด ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Lepine & Bouchez, 1998) จากมุมมองของทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดกล่าวไว้ว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้สูงอายุซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียดที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และการที่ผู้สูงอายุต้องอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตลอดเวลาอาจก่อให้เกิดภาวะปัญหาทางจิตใจได้ อาจเป็นเพราะว่าเกิดจากการที่ผู้สูงอายุต้องจัดการกับอุปสรรคต่าง ๆ ที่ใช้ในการช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของตนเองและกิจกรรมทางสังคม (Manton, Sallard, & Corder, 1997) นอกจากนี้ช่วงเวลาที่เกิดการเปลี่ยนสภาวะสุขภาพดีเข้าสู่ภาวะการเสื่อมถอยของสภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะในช่วงแรก เป็นช่วงที่ผู้สูงอายุจะประสบกับภาวะเครียดสูงมาก เพราะเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุต้องปรับตัว (Cohen & Williamson, 1991; Koenig, Pappas, Holsinger, & Bachar, 1995) ซึ่งเป็นช่วงนี้เป็นช่วงเวลาที่อาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้นั้น ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุตามธรรมชาติ หรือเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ นั้นเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว การศึกษาครั้งนี้พบว่าประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะซึมเศร้าและเป็นตัวร่วมทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ มณี ภิญโญพรพาณิชย์ และคณะ (Pinyopompanish, 2003) ที่พบว่าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมในจังหวัดเชียงใหม่โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาทางจิตเวชมาก่อนมีโอกาในการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาทางจิตเวชมาก่อน และร้อยละ 50 ของกลุ่มที่มีประวัติโรคทางจิตในครอบครัวมีโอกาเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติโรคทางจิตในครอบครัว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าโรคซึมเศร้านั้นสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมทำให้ผู้สูงอายุที่มีประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก แม้ว่าในปัจจุบันนี้การศึกษาสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าทางด้านชีววิทยานั้น ยีนส์ หรือกรรมพันธุ์เป็นสาเหตุหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจอย่างแพร่หลาย แต่การสรุปผลนั้นยังไม่มี ความชัดเจนอย่างไรก็ตามจากการรวบรวมวรรณกรรมที่ศึกษาจากต่างประเทศนั้นพอจะสรุปได้ว่า ปัจจัยทางพันธุกรรมหรือยีนส์นั้นสามารถอธิบายโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ถึงประมาณร้อยละ 50 ในผู้หญิงและร้อยละ 25 ในผู้ชายในฝาแฝดชาวอร์เวย์ (Orstavik et al., 2007) ร้อยละ 16 ในฝาแฝดชาวสวีเดน และ ร้อยละ 30 ในเดนมาร์ก (McGue & Christensen, 2003) นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ อาจเป็นเนื่องจากแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่เดิมส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงประกอบการได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่ก่อให้เกิดความเครียดและส่งผลต่อผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเครียดสูง ๆ ในชีวิต ที่ทำให้ผู้สูงอายุจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงขึ้น เพราะวัยสูงอายุส่วนใหญ่เป็นวัยที่เข้าสู่ ภาวะสูญเสีย เช่น การสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เนื่องจากการเสื่อมถอยของร่างกาย การสูญเสียคนที่ตนรัก การสูญเสียหน้าที่การงาน รายได้ บทบาทหน้าที่ทั้งในครอบครัวและสังคม จากการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีคะแนนของภาวะซึมเศร้าสูงนั้นเป็นผลมาจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับความเครียดในชีวิตและมีประวัติความซึมเศร้าในครอบครัว ในทางตรงกันข้ามพบว่าบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงด้านพันธุกรรมต่ำกว่าแม้ว่าจะต้องเผชิญความเครียดสูง ค่าคะแนนของความซึมเศร้าไม่ได้สูงขึ้น (Kendler et al, 1995)

การสนับสนุนทางสังคม การศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าและเป็นตัวร่วมทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาของ บรูมเมตต์ และคณะ (Brummett et al., 2000) ไช และชูล์ (Chi & Chou, 2001) คลอแมน และคณะ (Comman et al., 2003) แฮร์ริส และคณะ (Harris et al., 2003) ชโคลเวอร์ และคณะ (Schroevvers et al., 2003) ยาน และ เซลลิกส์ (Yan & Sellick, 2004) และ ซูซันกูย และคณะ (Zunzunegui et al.,

2001) จากทิศทางของความสัมพันธ์ แสดงให้เห็นว่า หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคมสูงก็จะมีโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำแต่ในทางตรงกันข้าม หากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำก็จะมีโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ซึ่งไวส์ (Weiss as cite in Brandt & Weinert, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการเพิ่มแรงช่วยเหลือโดยตรง จะทำให้บุคคลมีอารมณ์มั่นคงกับ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมและ ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่าง ๆ จะทำให้บุคคลสามารถมีพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมสามารถเผชิญกับปัญหาและสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้น อีกทั้งสามารถตัดสินใจวางแผนในการดำเนินชีวิต ได้อย่างเหมาะสม นอกจากการที่ผู้สูงอายุ ได้รับความผูกพัน การดูแลใกล้ชิดเอาใจใส่จากแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีความสนิทสนม ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นที่รักและมีความหมายต่อบุคคล ในทางกลับกันการขาดการแสดงออกของอารมณ์ ความรัก ความเข้าใจต่อกัน การขาดความรู้สึกผูกพันในครอบครัวจากสภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข การขาดการสื่อสารระหว่างบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าตนเองนั้นถูกทอดทิ้ง ไม่มีคุณค่า ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ เขารัตน์ ชันธิวิชัย ชัดเจน จันทรพัฒน์ และคณะ และ เพ็ญศรี หลินสุวนนท์ (Khanthawichai, 2001; Jantarapat et al., 2004; Linsuwanont, 2004) ที่พบว่าผู้สูงอายุสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่สัมพันธ์ภาพในครอบครัวดีในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับญาติ บุตรหลาน หรือกับภรรยา หรือสามีของตนเองมีเพียงร้อยละ 15 ที่อยู่คนเดียว แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้ พบว่ามีความว่าแห้วอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด จากการที่ผู้สูงอายุมีความว่าแห้วสูงนั้นแม้จะอยู่กับญาติพี่น้อง บุตรหลานแต่อาจไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากบุคคลใกล้ชิดจึงส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ นั้น เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในที่สุด

นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมนั้นมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักประสบกับการขาดการสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพไม่ดีและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเอง จากการศึกษาของ ลู และคณะ Lu et al. (1998) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชายได้พบว่าวันที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านนั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันในทั้ง 2 กลุ่ม และจากการศึกษาของ เฮส์และคณะ Hays et al. (2001) ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า การมีเครือข่ายทางสังคมที่กว้างขวาง การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอย่างสม่ำเสมอ และมีการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอสามารถป้องกันการลดสมรรถนะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุ

ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วย และประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างว่ามีภาวะสุขภาพไม่ดี และไม่ดีพอใช้ ถึงร้อยละ 78 การที่ผู้สูงอายุมีภาวะการเจ็บป่วยและไม่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนตามที่ผู้สูงอายุคาดหวังนั้น อาทิเช่น การให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำ คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่าง ๆ หรือการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของเครื่องใช้ ไวสส์ (Weiss as cite in Brandt & Weinert, 1981) กล่าวว่าถ้าบุคคลได้รับการสนับสนุนทางการให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือเมื่อต้องการความช่วยเหลือนั้นจะทำให้บุคคลมีการดำเนินชีวิตเหมาะสม สามารถเผชิญกับปัญหาได้ดี หากบุคคลขาดการสนับสนุนด้านนี้จะทำให้รู้สึกสิ้นหวัง และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

นอกจากนี้จากการที่การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญต่อความเครียดในชีวิต โดยเป็นปัจจัยที่ลดระดับความรุนแรงและสามารถซึมซับผลกระทบที่เกิดจากความปัญหาในชีวิตของผู้สูงอายุได้ (Buffer Effect) โดยการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้น โดยการประเมินความหมายหรือความรุนแรงของสถานการณ์ ข้อมูลที่ผู้สูงอายุได้รับจากการประเมินระดับความรุนแรงของปัญหาต่าง ๆ เหล่านั้น ร่วมกับการประเมินแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเผชิญปัญหา นำมาใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเอง จึงทำให้ผู้สูงอายุนั้นสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพได้อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเครียดระดับปานกลางและสูงถึงร้อยละ 70 โดยปัญหาที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องเผชิญในชีวิตประจำวันคือ ปัญหารายได้ที่น้อยกว่ารายจ่าย บางรายมีรายได้ไม่แน่นอน รายได้ที่ได้รับไม่เพียงพอและมีหนี้สิน มีปัญหาการเจ็บป่วย มีภาวะสุขภาพไม่ดีถึงพอใช้ มีความวิตกกังวลระดับปานกลางถึงมากที่สุดขณะที่การรับรู้ต่อการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับนั้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำร้อยละ 64.3 จากการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาเน้นการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้านั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะของการสนับสนุนสังคมที่แตกต่างกันไป ในบางการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์มีอิทธิพลในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้มากกว่าการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารหรือการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Bisschop et al., 2004; Chi & Chou, 2001) ขณะที่ เฟรดแมน (Friedman, 1993) กล่าวว่า การสนับสนุนทางด้านอารมณ์นั้นเป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าได้ ส่วน อ็อกแมนและคณะ (Oxman et al., 1992) ได้กล่าวไว้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการขาดการสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์และการขาดการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมนั้นจะส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น ดังนั้นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุนั้น อาจไม่ได้เป็นด้านใดด้านหนึ่งแต่อาจเป็นทุก ๆ ด้านร่วมกัน เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ

มีชีวิตที่ยืนยาวและมีภาวะสุขภาพดีทั้งกายและจิตใจผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องประเมินความต้องการการสนับสนุนในทุก ๆ ด้านไปพร้อม ๆ กัน

การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน การศึกษาครั้งนี้การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าและเป็นตัวร่วมทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาของ กู๊ดเยอร์ และ เคนเดเลอร์ และคณะ (Goodyer, 2001; Kendler et al., 1999; Kendle et al., 1993) ผู้สูงอายุนั้นมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย อารมณ์และจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย เนื่องจากสภาวะทางจิตใจเกี่ยวข้องกับสภาวะทางกายอย่างใกล้ชิด ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุเกิดความเครียดจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางกายและจิตซึ่งจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าและ โรคจิตโรคประสาทในที่สุด จากการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของความเครียดกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นเกิดจากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน (Kendler et al., 1999; Kendle et al., 1993) โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ (Goodyer, 2001) กู๊ดเยอร์ (Goodyer, 2001) ได้กล่าวไว้ว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้านั้นพบว่าเป็นบุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่ดีในชีวิตที่อย่างน้อย 1 เหตุการณ์ ภายในระยะเวลา 1 เดือนก่อนการเกิดภาวะซึมเศร้า เหตุการณ์ในชีวิตนั้นประกอบไปด้วยเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคล ต่อคนอื่น ความไม่พึงพอใจในตนเอง และการสูญเสีย (Benjamin & John, 2005) เป็นต้น จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุส่วนใหญ่พบว่าผู้สูงอายุที่มี ปัญหาภาวะสุขภาพ การสูญเสียคนที่รัก ปัญหาด้านการเงิน ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว (Nordhus et al., 1998) ความไม่พึงพอใจในบุคคล การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพ มีภาวะซึมเศร้าสูง (Hammen, 1991) ซึ่งปัญหาที่ผู้สูงอายุเกิดความสูญเสีย และไม่พึงพอใจในบุคคลนั้นเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Benjamin & John, 2005) ซึ่งการสูญเสียที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้หลายสถานการณ์เช่น การสูญเสียงานเนื่องจากเกษียณ การสูญเสียภาวะสุขภาพ การสูญเสียคนรัก หรือของที่รัก การสูญเสียรายได้ และการสูญเสียความสามารถทั้งทางกายและทางจิตใจ (Hogstel, 1995) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในช่วงชีวิตของผู้สูงอายุนั้น เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงบทบาท ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ถ้าเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วแล้วจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเครียดสูงและผลลัพธ์ที่เกิดจากความเครียดส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุสูงขึ้นด้วย จากข้อมูลของกลุ่มผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่าคะแนนการรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวันอยู่ในระดับปานกลางและสูงถึงร้อยละ 70 โดยปัญหาที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องเผชิญในชีวิตประจำวันคือ ปัญหารายได้ที่น้อยกว่ารายจ่าย บางรายมีรายได้ไม่แน่นอน บางรายมีรายได้ที่ได้รับไม่เพียงพอและมีหนี้สิน มีปัญหาการเจ็บป่วย มีภาวะสุขภาพไม่ดีถึงพอใช้ บางรายมีความจำกัดในการทำกิจกรรม

ประจำวัน เป็นต้น ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุเผชิญปัญหาตามที่กล่าวมาข้างต้นและประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเองทั้งทางกายและจิต ประกอบกับผู้สูงอายุเองไม่สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพผู้สูงอายุจะมีภาวะเครียดในที่สุดเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะเครียดสูงขึ้นผลกระทบต่อทั้งทางกายและจิตซึ่งจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและถ้าผู้สูงอายุยังไม่สามารถปรับตัวกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าและโรคจิตโรคประสาทในที่สุด.

ความว้าเหว การศึกษาครั้งนี้ ความว้าเหวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าและเป็นตัวร่วมทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสอดคล้องกับ เจาว์ และ ฉี (Chou & Chi, 2004) และ กรีนส์และคณะ (Geen et al., 1992) การศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ามีความว้าเหวระดับปานกลางมากที่สุดถึงร้อยละ 86.3 มีความว้าเหวระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 13.7 อีกทั้งความว้าเหวยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด แม้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างนั้นจะอยู่กับญาติ พี่น้อง บุตรหลาน สามี หรือภรรยามากที่สุด แต่การที่ผู้สูงอายุยังคงประเมินตนเองว่ามีความว้าเหวอาจเกิดจากการได้รับการเอาใจใส่ ดูแลจากครอบครัวน้อย ประกอบกับผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยทางกาย บางรายมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ประกอบกับการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ ร้อยละ 64.3 ซึ่งการที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เช่นการสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ กำลังใจ ความมั่นใจสามารถพึ่งพาและไว้ใจได้และเห็นคุณค่าตลอดจนให้การยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึงการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลสามารถประเมินตนเองหรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม เพื่อให้เกิดความเข้าใจว่ามีผู้ที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกันที่สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกันได้ และทราบว่าพฤติกรรมของตนนั้นอยู่เหนือหรือว่าต่ำกว่ามาตรฐานในสังคมนั้น ๆ ได้แก่การให้การรับรองการเห็นชอบที่เหมาะสมหรือถูกต้องในการแสดงพฤติกรรม หรือการให้ข้อมูลเพื่อประเมินตนเองหรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่อยู่ร่วมในสังคม การสนับสนุนทางด้านข้อมูล ข่าวสาร (Information Support) หมายถึงการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง และการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ ได้แก่การให้คำแนะนำ ให้ข้อเสนอแนะ ให้ข้อมูล และการชี้แนวทางในการปฏิบัติ การสนับสนุนด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrumental Support) ซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา การปรับสภาพแวดล้อม เป็นต้น เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจาก ครอบครัว สังคม ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว เหงา และว้าเหว

ความว้าเหวเป็นความรู้สึกทุกข์ใจ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่คลุมเครือ ทำให้เกิดความท้อแท้ที่ไร้สาเหตุที่ชัดเจน บุคคลอาจรู้สึกว่าคุณค่า ไม่มีคนรักและเอาใจใส่ แยกตัวออก

จากสังคม ไม่ยอมรับกิจกรรมต่าง ๆ ความว่าเหวหรืออาการเหงาเป็นปัญหาที่รุนแรงปัญหาหนึ่งที่พบว่า เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจำนวนมาก (Blazer, 1990) และเมื่อเกิดกับผู้สูงอายุแล้วทำให้เกิดความไม่สบายใจ เป็นความทุกข์ทรมาน รู้สึกว่าตนเองนั้นไร้ค่าไม่มีประโยชน์ต่อผู้อื่น ไม่เป็นที่พึงปรารถนาของสังคม ไม่กล้าเผชิญความจริง มีความรู้สึกที่ปราศจากพลังอำนาจภายในตนเอง (Powerlessness) อยู่ในภาวะที่ไร้พลังและไม่อยากจะเข้าร่วมในการทำกิจกรรมใด ๆ และแยกตัวเองออกจากสังคมในที่สุด (Social Isolation) (จันทนา วัฒนฤทธิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545) การแยกตัวออกจากสังคมก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลงเพราะมนุษย์ทุกคนต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อคงไว้ซึ่งคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกที่ว่าเหวอาจเกิดชั่วคราวหรือนานเป็นปีก็ได้แล้วแต่สาเหตุและความรุนแรงของเหตุการณ์ที่มากกระทบ อาทิเช่น อาจเกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เช่น การย้ายถิ่นฐาน การสูญเสียคู่สมรส และการสูญเสียที่ร้ายแรง เป็นต้น วงจรการเกิดความว่าเหวนี้อาจดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ไม่มีที่สิ้นสุดถ้าไม่ได้รับการแก้ไข ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้อาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในที่สุด จากการศึกษาครั้งนี้เห็นว่าเหวเป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด การศึกษาสาเหตุที่ก่อให้เกิดความว่าเหวในผู้สูงอายุ อาจนำไปสู่การป้องกันการเกิดความว่าเหวและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ในที่สุด

จากการศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้านั้นเป็นการร่วมกันทำนายจากหลาย ๆ ปัจจัย คือ ความว่าเหว การรับรู้ภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคม ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นปัจจัยครอบคลุมทั้งทางชีว-จิต-สังคม (Biopsychosocial factors) ดังนั้นแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านั้นอาจกล่าวได้ว่า การนำแนวทางการดูแลแบบผสมผสานน่าจะส่งผลให้ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลดลงได้ดีกว่าแนวทางใดแนวทางหนึ่ง ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ที่ให้ความสนใจการนำแนวคิด ชิว-จิต-สังคม (Biopsychosocial) มาใช้หลากหลายขึ้น เช่น Biopsychosocial approach ของ Gilbert (2004) และ Diathesis – stress model (Monroe & Simon, 1991) เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ด้านการบริหารผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง รวมถึงร้อยละ 82.40 โดยมีความไว้หวั การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ดังนั้นสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนานโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน โดยการวางระบบการดำเนินการเฝ้าระวังในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและ เพื่อหาแนวทางป้องกันการพัฒนาการเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้อาจหาแนวทางในการปรับปรุงนโยบายการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมร่วมในสังคมจากเดิมให้มีเพิ่มมากขึ้น โดยกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นกิจกรรมที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อเป็นการป้องกันและลดการเกิดความไว้หวั ลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ นโยบายการส่งเสริมความเข้มแข็งของบทบาทครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุนั้นเป็นแนวทางที่ส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุเพราะผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าคุณเองถูกทอดทิ้งจากครอบครัว จนเกิด นโยบายการสร้างเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งในการเข้าไปดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ไม่มีญาติหรือบุตรหลานคอยดูแล เป็นกิจกรรมการส่งเสริมที่รัฐน่าจะเข้ามามีส่วนผลักดันให้มากขึ้นเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถนำไปใช้วางแผนการให้การสนับสนุนผู้สูงอายุทางด้านสังคมทั้งในภาพรวมและรายบุคคล

ด้านการศึกษาวิจัย จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความไว้หวั การรับรู้ภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์และร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ดังนั้นสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลสนับสนุนในการศึกษาทดสอบโมเดลของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพื่อตรวจสอบความชัดเจนของปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าได้ และสามารถนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าในชุมชนต่อไป

ด้านการบริการ ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงระบบการบริการผู้สูงอายุทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยเฉพาะการเฝ้าสังเกตและติดตามการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทุกรายอย่างต่อเนื่อง และต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในกลุ่มที่มีประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว ในกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่ำ เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง อีกทั้งในงานบริการสามารถนำข้อมูลไปพัฒนารูปแบบการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและลดการเกิดภาวะไว้หวัและภาวะเครียด และพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตที่รับผิดชอบดูแล

ด้านการศึกษา ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการเรียนการสอนทางสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยเน้นการส่งเสริมให้ความรู้และตระหนักถึงปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และนำความรู้ไปพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาโมเดลของปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ตรงกับปัจจัยหรือสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของประเทศไทย
2. ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุหรือปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้าเพื่อค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้าอื่น ๆ นอกเหนือจากที่ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์หรือแบบสอบถามที่ผู้สูงอายุอาจบรรยายจากการรับรู้ ความรู้สึกของผู้สูงอายุ หรือศึกษาผลกระทบจากการเกิดภาวะซึมเศร้าตามประสบการณ์และการรับรู้ของผู้สูงอายุในเชิงลึก
3. นำความรู้ไปศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุไทย

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2541). *วิธีการคลายเครียด*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงแรงงาน. (2552). *อัตราค่าจ้างขั้นต่ำ*. Retrieved 10 ตุลาคม 2552,
from http://www.mol.go.th/statistic_01.html
- เกษราภรณ์ คุณานุกุลชัยเดช. (2543). *สุขภาพจิตและสังคมของผู้สูงอายุในเขตเมืองจังหวัดเชียงใหม่*.
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- โครงการวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุประเทศไทย. (2540). *รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
ในไทย*. กรุงเทพมหานคร.
- จันทนา รณฤทธิวิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2545). *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร:
บุญศิริการพิมพ์.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. (2532). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*.
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เจิมจิต สแนชเชล. (2551). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรส*.
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. นนทบุรี:
ยูทธรินทร์การพิมพ์.
- ชมนันท์ บัวงาม. (2539). *ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มและการออกกำลังกายต่อการลดความวิตกกังวล
ของผู้สูงอายุในตำบลทะเลทรัพย์ อำเภอประทีป จังหวัดชุมพร*. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2544). *โรคซึมเศร้ารักษาหายได้และโรคอารมณ์แปรปรวน*. กรุงเทพมหานคร:
นำอักษรการพิมพ์.
- นภาพร ชโยวรรณและจอห์น โนเดล. (2539). *รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทย กรุงเทพมหานคร:
สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ. (2537). *แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย*. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.
- มณีภิญโญพรพาณิชย์ และคณะ(2546). *ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาราชนคร
เชียงใหม่*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 48(3), 147-155.
- มานิช ทับมณี. (2541). *ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขต
กรุงเทพมหานคร*. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

- รัชนี้ บุลเศรษฐภูมินทร์. (2530). ความเจ็บเหงา. วารสารพยาบาลศาสตร์, 10(1), 35-46.
- ฤดี ปุลงบางกระดี. (2540). การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วันเพ็ญ วงศ์จันทร์. (2539). แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุในสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และ สุพรรณิ เตรีชมวิศิษฐ์. (2535). การศึกษาเปรียบเทียบระดับความว่าหวัระหว่างผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราและผู้สูงอายุที่บ้าน. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยพายัพ.
- ศรียรรณา ตัณศิริ. (2535). ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอาสนเวทย์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และ สมาคมสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. (2536). มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่มที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ ฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ดุขฎิบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2552). ภาวะเศรษฐกิจไทยไตรมาสแรก และแนวโน้มนปี 2552. Retrieved 10 ตุลาคม 2552, from http://www.nesdb.go.th/Portals/0/eeco_datas/economic/eeco_state/1_52/Press%20Thai%20Q1-2009.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550). ประมวลข้อมูลสถิติที่สำคัญของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สิริสุดา ชาวคำเขต. (2541). การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดุกสะโพกหัก. พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- สุกัญญา โรจน์ประเสริฐ. (2541). *ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเมืองจังหวัดลพบุรี*.
สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). *ความคิดปกติทางอารมณ์*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ ศิริภักดิ์ออฟเซ็ท.
- สุดสบาย จุกทักัพพะ. (2540). การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *สารศิริราช*, 49(12), 1200-1209.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ(2540). *รายงานวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย: การศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท แอล.ที.เพรส จำกัด.
- สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2544). *แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2549). สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า. ใน *ธรณินทร์ กองสุขและคณะ, องค์ความรู้โรคซึมเศร้า: ผลกระทบทบทวนหลักฐานทางวิชาการ*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2543). การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 12, 14-24.
- อัมพร โอตระกูล และคณะ.(2536). ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุเขตเมืองและในชนบท. *วารสารกรมการแพทย์*, 8(10), 503-507.
- อารมณี วุฒิพฤกษ์. (2531). *การศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress coping and development: An integrative perspective*. New York: The Guildford Press.
- Alexopoulos, G. S. (2001). New concept for prevention and treatment of late-life depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 835-838.
- Alexopoulos, G. S. (2005). *Depression in the elderly*. Retrieved 25 September 2008, from www. thelancet.com
- Alexopoulos, G. S., Borson, S., & Cuthbert, B. N. (2002). Assessment of late life depression. *Biol Psychiatry*, 52, 164 -174.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4thed)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Anderson, D. N (2001). Treating depression in old age: the reason to be positive.
Age and ageing, 30, 13-17
- Arbelaez, J. J., Ariyo, A. A., Crum, R. M., Fried, L. P., & Ford, D. E. (2007). Depressive symptoms, inflammation and ischemic stroke in older adults: A prospective analysis in the cardiovascular health study. *Journal of American Geriatrics Society, 55*, 1825-1830.
- Beautrais, A. (2002). A case control study of suicide and attempted suicide in older adults.
Suicide and Life-Threatening Behavior, 32, 1-9.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.
- Beekman, K., Copeland, J. R. M., & Prince, M. J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life *British Journal of Psychiatry, 174*, 307-311.
- Benjamin, L. H., & John, R. Z. (2005). *Development of psychopathology: A vulnerability – stress perspective*. California: Thousand Oake.
- Bernard, L. C., & Krupat, E. (1994). *Health psychology*. Forth Worth: Hartcourt Branch.
- Bisschop, M. I., Kriegsman, D. M., Beekman, A. T., & Deeg, D. J. (2004). Chronic diseases and depression: The modifying role of psychosocial resources. *Soc. Sci. Med, 59*, , 721-733.
- Blank, K., Cohen, C., & Cohen, G. (2001). Failure to adequately detect suicidal intent in elderly patients in the primary care setting. *Psychiatry, 9*, 26-36.
- Blazer, D. G. (1982). *Depression in late life*. London: The C. V. Mosby.
- Blazer, D. G. (1990). Emotional problems in later life. New York: Springer Publishing.
- Blazer, D. G. (1993). *Depression in late life*. St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book.
- Bogner, H. R., Morales, K. H., Post, E. P., & Bruce, M. L. (2007). Diabetes, depression, and death: A randomized controlled trial of a depression treatment program for older adults based in primary care (PROSPECT). *Diabetes Care, 30*(12), 3005-3010
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1985). *P R Q: Psychometrics update*. Unpublished manuscript, Washington DC.
- Braut, M. W. (2008). American with disabilities: 2005 (pp. 70-117): U.S. CENSUS BUREAU.
- Brody, H. (1960). The depression of aging pigment in the human cerebral cortex.
Journal of Gerontology, 15(3), 258.

- Bruce, M. L. (2001). Depression and disability in late life: directions for future research. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 9*, 102-112.
- Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Siegler, I. C., & Steffens, D. C. (2000). Relation of subjective and received social support to clinical and self-report assessments of depressive symptoms in an elderly population. *J. Affect. Disord, 61*, 40-50.
- Brunner, L. S., & Suddarth, D. S. (1988). *Stress and adaptation*. Philadelphia: J B Lippincott.
- Bureau of the Census, U. S. (1997). American with disabilities: 1994-1995. *Current Population Report Series, 70*.
- Burnet, F. M. (1970). An immunological approach to aging. *Lancet, 2*, 358-360.
- Burnside, I. (1994). Reminiscence group therapy. In I. Burnside & M. G. Schmidt (Eds.), *Working with older adults: Group process and technique* (3rd edn ed.). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Carmilli, D., Swan, G. E., Hayes, M. K., Wolf, P. A., Reed, T., & Miller, B. (2000). Longitudinal change in the contribution of genetic and environmental influences to symptoms of depression in older male twins. *Psychology and Aging, 15*(3), 505-510.
- Charoenkhum, S. (1992). *Factors related to depression of rural elderly: Study in Banphophisai district, Nakornsawan province*. Unpublished Master Degree, Mahidol University, Bangkok.
- Chi, I., & Chou, K. L. (2001). Social support and depression among elderly Chinese people in Hong Kong. *Int. J. Aging Hum. Dev, 52*, 231-252.
- Chiu, & Edmond, A. M. (2004). Epidemiology of depression in the Asia Pacific region. *Australasian Psychiatry, 12*, 4-10.
- Chou, K.-L., & Chi, I. (2004). Prevalence and correlates of depression in Chinese oldest-old. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*, 41-50.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderation of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*, 300-314.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences: Revised edition*. New York: Academic Press.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 385-396.
- Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (1995). *Measuring stress: A guide for health and social sciences*. New York: Oxford University.

- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Cohen, S., & Williamson, G. M. (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychological Bulletin*, *109*, 5-24.
- Cohen-Mansfield, J., & Pargura-Gill, A. (2007). Loneliness in older persons: A theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics*, *19*(2), 279-294.
- Cornman, J. C., Goldman, N., Gleib, D. A., Weinstein, M., & Chang, M. C. (2003). Social ties and perceived support: Two dimensions of social relationships and health among the elderly in Taiwan. *Journal of Aging Health*, *15*, 616-644.
- Covic, T., Tyson, G., Spencer, D., & Howe, G. (2006). Depression in rheumatoid arthritis patients: Demographic, clinical and psychological predictors. *Journal of Psychosomatic Research*, *60*, 469-476.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing* (5th ed.). New York: Harper Medical Book.
- Cruz, A. D. (1986). On loneliness and the elderly. *Journal of Gerontology Nursing*, *12*(11), 13-27.
- Cuijpers, P., Smit, F., Oostenbrink, J., Graaf, R., Have, M., & Beekman, A. (2007). Economic costs of minor depression: A population-based study. *Acta Psychiatrica Scand*, *115*, 229-236.
- Davidoff, L. L. (1987). *Introduction to psychology* (3rd ed.). Philadelphia: McGraw Hill Book.
- Department of Mental Health. (2006). *Situations and Trends in Mental Disorders*. Retrieved September 26, 2006, from <http://www.dmh.moph.go.th>.
- Diem, S. J., Blackwell, T. L., LStone, K., Yaffe, K., Cauley, J. A., & Whooley, M. A. (2007). Depressive symptoms and rates of bone loss at the hip in older women. *Journal of American Geriatrics Society*, *55*, 824-831.
- Dimond, M. (1985). A review and critique of the concepts of social support. In R. A. O'Brien (Ed.), *Social support and health: New directions for theory and research*. New York: University of Rochester Press.
- Dimond, M., & Jones, S. L. (1983). Social support: A review and theoretical integration. In P. L. Chin (Ed.), *Advance in Nursing Theory Development*. Maryland: An Aspen Publication.
- Eaton, W. (2002). Epidemiologic evidence on the comorbidity of depression and diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*, 903-906.

- Ebersole, P., & Hess, P. (1994). *Towards health aging human needs and nursing response*. St. Louis: Mosby- Year Book.
- Ebersole, P., & Hess, P. A. (1994). *Toward healthy aging :Human needs and nursing responses*. St. Louis: Mosby.
- Ferraro, K. F. (1980). Self rating of health among the old old persons. *Journal of Health and Social Behavior, 21*, 377-383.
- Fillenbaum, G. G. (1985). Screening the elderly: A brief instrumental activities of Daily Living Measure. *Journal of the American Geriatrics Society, 33*, 688-706.
- Franks, F., & Faux, S. A. (1990). Depression, stress, mastery, and social resources in four ethno cultural woman's groups. *Research in Nursing and Health, 13*, 283-292.
- Friedman, M. M. (1992). *Family nursing: Theory and assessment* (3 rd ed.). Norwalk CT: Appleton & Lange.
- Friedman., M. M. (1993). Social support sources and psychological well being in older women with heart disease. *Research and Nursing and Health 16*, 405-413.
- Gibson, H. B. (1991). *The emotional and sexual lives of older people*. London: Chapman & Hall.
- Gierveld, J. d. J., & Tilburg, T. G. v. (1999). *Manual of loneliness scale*. Amsterdam: Department of Social Research Methodology, Vrije University of Amsterdam.
- Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J., & Thomas, R. (2003). Educational and organizational intervention to improve the management of depression in primary care : A systematic review. *JAMA, 289*, 3145-3151.
- Gillbert, P. (2004). Depression: A biopsychosocial integrative, and evolutionary approach. In M. Power (Ed.), *Mood disorders: A handbook of science and practice*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Son.
- Goodyer, I. M. (2001). Life events: Their nature and effects. In M. Goodyer (Ed.), *The depressed child and adolescent (2nd ed.)*. New York: Cambridge University Press.
- Gory, M. L., & Fitzpatrick, K. (1992). The effects of environmental context on elderly depression. *Journal of Aging and Health, 4*, 459-479.
- Green, B. H., Copeland, J. R., Dewey, M. E., Shamra, V., Saunders, P. A., Davidson, I. A., et al. (1992). Risk factors for depression in elderly people: a prospective study. *Acta Psychiatr Scand, 86*(3), 213-217.

- Greist, J., & J W Jefferson. (1992). *Depression and its treatment*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Haiyan, Z. (1997). *Family Support and Self-care Behaviors of Breast Cancer Patients Receiving Combined Therapy at Six Teaching Hospitals in Beijing* Chiang Mai University, Chiang Mai.
- Hammen, C. (1991). The generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 555-561.
- Harris, T., Cook, D. G., Victor, C., Rink, E., Mann, A. H., & Shah, S. (2003). Predictors of depressive symptoms in older people: A survey of two general practice populations. *Age Ageing, 32*, 510-518.
- Hasin, D., Goodwin, R., Stinson, F., & Grant, B. (2005). Epidemiology of major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry, 62*, 1097-1106.
- Hays, J. C., Landerman, L. R., George, L. K., Flint, E. P., Koenig, H. G., & Land, K. C. (1998). Social correlates of the dimensions of depression in the elderly. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 53*(1), 31-39.
- Hays, J. C., Steffens, D. C., Flint, E. P., Bosworth, H. B., & George, L. K. (2001). Does social support buffer functional decline in elderly patients with unipolar depression ? *The American Journal of Psychiatry, 153*(11), 1850-1855.
- Hogstel, M. O. (1995). *Geropsychiatric nursing* St. Louise: Mosby- Year Book.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social adjustment scale. *Journal of Psychosomatic Medicine, 11*, 213-218.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Engle-wood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Jacobson, D. E. (1986). Type and timing of social support. *Journal of Health and Social Behavior, 27*, 250-264.
- Jacoby, R. (1997). *Psychiatry in elderly*. Oxford: Oxford University Press.
- Jaiare, C. (1990). *Relationship between social support, self care, and quality of life in ischemic heart patients*. Mahidol University, Bangkok.
- Jansson, M., Gatz, M., Berg, S., Johansson, B., Malmberg, B., & McClearn, G. (2003). Association between depressed mood in the elderly and a 5-HTR2A gene variant. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics), 120B*, 79-84.

- Jantarapat, C., Taboonpong, S., & Sutharangsee, W. (2004). Relationship between selected factors and depression of hospitalized elders in general hospital, Southern Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand, 12*(3), 80-89.
- Jantarapat, C., Taboonpong, S., & Sutharangsee, W. (2004). Relationship between selected factors and depression of hospitalized elders in general hospital, Southern Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand, 12*(3).
- Jitapunkul, S. (1994). Disability: The elderly problems. *Chula Medicine Journal, 38*(2), 68-75.
- Jitapunkul, S., Chayovan, N., & Yodpetch, S. (2001). *Elderly in Thailand: An Extensive Review of Current Data and Situation and Policy and Research Suggestions (in Thailand)*. Bangkok.
- Jitapunkul, S., Lailert, C., & Worakul, P. (1996). Chula Mental Teat: A screening test for elderly people in less developed countries. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 11*, 715-720.
- Jonas, B. S., & Mussolino, M. E. (2000). Symptoms of depression as a prospective risk factor for stroke. *Psychosomatic Medicine, 62*(463-471).
- Jonge, P. D., Kempen, G. I. J. M., Sanderman, R., Ranchor, A. V., Jaarsveld, C. H. M. V., & Sonderen, E. V. (2006). Depressive symptom in elderly patients after a somatic illness event: Prevalence, persistence, and risk factors. *Psychosomatics, 47*(1), 33-42.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry, 156*, 837-841.
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Neale, M. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1993). The prediction of major depression in women: Toward an integrated etiology model. *American Journal of Psychiatry, 150*(8), 1139-1148.
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E., MacLean, C., Neale, M. C., & Heath, A. C. (1995). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *American Journal of Psychiatry, 152*, 833-842.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-602.

- Khandelwal, S., Chowdhury, A. K. M. N., Regmi, S. K., Mendis, N., & Kittirattanapaiboon, P. (2001). *Conquering depression: You can get out of blue*. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.
- Khanthawichai, Y. (2001). *Predictors of depression among elderly with chronic obstructive pulmonary disease in Choneburi Province*. Unpublished Master degree, Burapha University, Choneburi.
- Kinsella, K., & Velkoff, V. A. (2001). *US Census Bureau, Series P95/01-1. An aging world*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Koder, D. A., Brodaty, H., & Anstey, K. J. (1996). Cognitive therapy for depression in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 11*, 97-107.
- Koenig, H., Meador, K., Cohen, H., & Blazer, D. (1988). Depression in elderly hospitalized patients with medical illness. *Archives of Internal Medicine, 148*, 1929-1936.
- Koenig, H. G., Papas, O., Holsinger, T., & Bachar, J. R. (1995). Assessing diagnostic approaches in medically ill older adults. *Journal of American Geriatrics Society, 43*, 472-478.
- Kranch, P. (1995). Assessment of depressed older persons living in a home setting. *Home Health Care Nurse, 13*, 61-64.
- Krause, N., & Markides, K. (1990). Measuring social support among older adults. *Int. J. Aging Hum. Dev, 30*, 37-53.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On the death and dying*. New York: MacMillan.
- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 108*, 163-174.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, coping and adaptative outcome*. New York: Springers.
- Lee, S., Tsang, A., Zhang, M. Y., Huang, Y. O., He, Y. L., & Lui, Z. R. (2007). Lifetime prevalence and inter-cohort variation in DSM-IV disorders in metropotan China. *Psychological Medicine, 37*, 61-73.
- Lepine, J. P., & Bouchez, S. (1998). Epidemiology of depression. *International Clinical Psychopharmacology, 13*, S7-S12.

- Linsuwanont, P. (2000). *A study of depression in the elderly Rongmoung sub - district Pratumwan Bangkok*. Unpublished Master degree, Mahidol University, Bangkok.
- Lorent, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequality in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, *157*, 98-112.
- Lu, C., Lui, C., & Yu, S. (1998). Depressive disorder among the Chinese elderly in a suburban community. *Public Health Nurse*, *15*, 196-200.
- M Gatz, M., N L Pedersen, N. L., Nesselroade, R. P. J. R., & McClearn, G. E. (1992). Importance of shared genes and sheared environments of symptoms of depression in older adults. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*(4), 701-708.
- Maddox, G. L., & Douglass, E. B. (1973). Self assessment of health: A longitudinal study of elderly subjects. *Journal of Helath and Social Behavior* *20*(3), 87-93.
- Manton, K. G., Stallard, E., & Corder, L. (1997). Chronic disability trends in elderly United States populations. *Proceedings of the National Academy of Science*, *94*, 2593-2598.
- Mazure, C. M., Keita, G. P., & Blehar, M. C. (2002). *Summit on women and depression: Proceedings and recommendations*. Washington, DC: American Psychological Association.
- McDowell, J., & Newell, C. (1987). *Measuring health : A Guide to rating scales and questionnaire*. New York: Oxford University Press.
- McGue, K., & Christensen, K. (2003). The heritability of depression symptoms in elderly Danish twins: Occasion-specific versus general effects. *Behavior Genetics*, *33*(2), 83-93.
- McGue, M., & Christensen, K. (1997). Genetic and environment contributions to depression symptomatology: Evidence from Danish twins 75 years of age and older. *Journal of Abnormal Psychology*, *J 106*(3), 439-448.
- Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis- stress theories in the context of life stress research: Implication for the depression disorders. *Psychological Bulletin*, *110*, 406-425.
- Moos, R. H., & Cronkite, R. C. (1999). Symptom-based predictors of a 10 year chronic course of treated depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *187*, 360-368.
- Moustakas, C. (1961). *Loneliness*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice -Hall.

- Munro, B. H. (1997). Regression. In B. H. Munro (Ed.), *Statistical methods for health care research (3rd ed.)*. New York: Lippincott.
- Murphy, E. (1992). Concepts of depression in old age. In J. G. Evans & T. F. Williams (Eds.), *Oxford textbook of geriatric medicine*. New York: Oxford University.
- Murray, C. J. L., & Lopaz, A. D. (1996). Alternative visions of the future: Projecting mortality and disability, 1990-2020. In C. J. L. Murray & A. D. Lopaz (Eds.), *The global burden of disease*. Boston, Massachusetts: The Harvard School of Public Health on the behalf of The World Health Organization and The World Bank.
- Neufeld, R. W. J. (1993). *Psychological stress and psychology*. New York: A Division of Macmillian.
- Nolen-Hoeksema, S., & Keita, G. P. (2003). Woman and depression. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 89-90.
- Norback, J. S., & Tilden, V. P. (1988). International research in social support: Theoretical and methodological issue. *Journal of Advanced Nursing* 13, 173-178.
- Norbeck, J. S. (1981). Social support: A model for clinical research and application. *Advances in Nursing Science*, 3(4), 43-59.
- Nordhus, I. H., Vandenbos, G. R., Berg, S., & Fromholt, P. (1998). *Clinical Geropsychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Orstavik, R. E., Kendler, K. S., Czajkowski, N., Tambs, K., & Kjennerud, T. R. (2007). Genetic and environmental contributions to depressive personality disorder in a population-based sample of Norwegian twins. *Journal of Affective Disorders*, 99, 181-189.
- Oxman, T. E., Berkman, L. F., Kasl, S., Freeman, D. H., & Barrett, J. (1992). Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 135(4), 356-368.
- Oxman, T. E., & Hull, J. G. (2001). Social support and treatment response in older depressed primary care patients. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56, 35-45.
- Parent, C., & Whall, A. (1984). A physical activity and self esteem. *Journal of gerontological*, 10, 8-11.
- Parmelee, P., Katz, I., & Lawton, M. (1989). Depression among institutionalized aged: Assessment and prevalence estimation. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 44(M22-M29).

- Patel, V., & Klienman, A. (2003). Poverty and common mental disorder in developing countries. *Bullention of the World Health Organization*, 81(8), 609-615.
- Pearson, J. L., & Brown, G. K. (2000). Suicide prevention in late life: Directions for science and practice. *Clinical Psychology Review*, 20, 685-705.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy*. New York: John Wiley and Sons.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In S. W. Duck & R. Gilmour (Eds.), *Personal relationships: Personal relationships in disorder*. London: Academic Press.
- Phananiramai, M. (1995). *Population change, development and women's role and status in Thailand*. New York: Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, United Nations.
- Phillip, L. R. (1991). Social support of the older client. In W. C. Chenitz, J. T. Stone & S. A. Salisbury (Eds.), *Clinical gerontological nursing: A guide to advance practice*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Pichai, K. (2003). *Prevalence and factor related to depression in elderly outpatient medicine department at King Chulalongkorn Memorial*. Chulalongkorn University, Bangkok.
- Pinyopornpanish, M., Maneetorn, B., & Petverachuwong, N. (2003). Depression in medical inpatients of Maharaj nakorn Chiang Mai hospital. *Journal of Psychiatric Association Thailand*, 48(3), 147-155.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods. (7th edition)*. PA: Lippincott.
- Reyes-Gibby, C. C., Aday, L. A., Anderson, K. O., mendoza, T. R., & Cleenland, C. S. (2006). Pain, depression, and fatigue in community-dwelling adults with and without a history of cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(2), 118-128.

- Saligman, M. E., & Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74(1).
- Sangon, S. (2001). *Predictors of depression in Thai women*. Unpublished Ph.D. Dissertation The University of Michigan, Michigan.
- Sartra, K. (1988). *Depression in old age: The study of the old age from home of the age Banthmapagorn, Nakronratchasima province*. Unpublished Master degree, Mahidol University, Bangkok.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Schroevers, M. J., Ranchor, A. V., & Sanderman, R. (2003). The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: A comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Soc. Sci. Med.*(57), 375 -385.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Shultz, C. (1988). Loneliness. In C. K. Beck & S. R. Wilson (Eds.), *Mental health psychiatric nursing: A holistic life cycle approach*. St. Louis C. V. Mosby.
- Sinsuksai, N. (1998). *The relative contributions of maternal demographics, social support, stress, and maternal self-efficacy to home environment of 6-12 month- old infant of Thai mother*. Unpublished Dissertation, The University of Texas at Austin, Texas.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., & Alexopoulos, G. S. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 479-481.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., & Alexopoulos, G. S. (2005). The treatment initiation program: An intervention to improve depression outcome in older adults. *American Journal of Psychiatry*, 162, 184-186.
- Siripanich, B., Tavichachat, T., Tavichachat, N., Phokaklun, W., Tomana, P., & Rungngam, S. (1988). *Behavior and life style of healthy long lived Thai elderly*. Bangkok. Bangkok: Public Health Department.
- Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perception and lifestyle of the elderly. *Research in Nursing and Health*, 12, 93-100.

- Stewart, M. J. (1993). *Integrating social support in nursing*. Newbery park, CA: Sage.
- Sukhatunga, K. (1999). Depression and Dementia in Thai Elderly in Urban and Rural Communities. *Siriraj Hospital Gazette*, 51(4), 232-243.
- Thavichachat, N., Meksupa, O., & Thavichachat, T. (1990). Psychological factors correlate of depression in elderly: comparative study in Bangkok and Uthaihani province. *Chulalongkron Medical Journal*, 35(4), 195-203.
- Thaweeboon, T., & Peachpansri, S. (1999). Depression of the elderly in Bangkok age clubs. *Thai Journal of Nursing*, 48(3), 177-184.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next ? *Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue*, 53-79.
- Thongtang, O., Vuthiganond, S., Sukhatuga, K., Pooviboonsuk, P., Ngamthipwatthana, T., & Koopitwoot, S. (2002). Prevalence and incidence of depression in the Thai elderly. *Journal of Medicine Association Thailand*, 85(5), 540-544.
- Train the Brain Forum(Thailand). (1994). Thai Geriatric Depression Scale. *Siriraj Hospital Gazette*, 46(1), 1-9.
- Uphold, C. R. (1991). Social support. In J. L. Creasia & B. Parker (Eds.), *Conceptual foundations of professional nursing practise*. St Louise: Mosby-Year Book.
- Varcarolis, C. S. (1994). *Grief and bereavement care in terminal illness*. Philadelphia: J B Lippincott.
- Vichitragoonthavorn, S. (2002). *Hope ,depression and functional ability of the elderly after heart surgery*. Unpublished Master degree, Chiang Mai University, Chiang Mai.
- Wai, H. T. (2004). The economic burden of depression and reimbursement policy in the Asia Pacific region. *Australasian Psychiatry*, 12, 11-15.
- Wallace, J. M. (1987). Living with stress. *Nursing Time*, 4(7), 457-485.
- Wallace, R. B. (1992). Aging and disease: From laboratory to communication. In R. B. Wallace (Ed.), *The epidemiologic study of the elderly*. New York: Oxford University Press.
- Weinert, C. (1987). Measuring social support: Revision and further development of the personnel resource questionnaire. In C. F. Walze & O. L. Strickland (Eds.), *Measurement in Nursing Research*. Philadelphia: F A Davis.

- Weinert, C., & Tilden, V. P. (1990). Measures of social support: Assessment of validity. *Nursing Research, 39*(4), 212-216.
- Weiss, R. (1974). The provision of social relationships. In Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT.
- WHO. (2001). *Ageing and health: Achieving health across the lifespan*. Geneva: World Health Organization.
- Williams, D., Gonzalez, H., & Neighbors, H. (2007). Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites. *Archives of General Psychiatry, 64*, 305-315.
- World Health Organization. (2006). *Depression*. Retrieved 1 September 2008, from http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.htm
- Wurff, F. B., Beekman, A. T. F., Dijkshoorn, H., Spijker, J. A., Smits, C. H. M., Stek, M. L., et al. (2004). Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands *Journal of Affective Disorders 83*(1), 33-41.
- Yan, H., & Sellick, K. (2004). Symptoms, psychological distress, social support, and quality of life of Chinese patients newly diagnosed with gastrointestinal cancer. *Cancer Nurse, 27*, 389-399.
- Yang, Y., & George, L. K. (2005). Functional disability, disability transitions and depressive symptom in late life. *Journal of Aging and Health, 17*(3), 263-292.
- Yasavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., & Adey, M. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research, 17*(1), 37-49.
- Zunzunegui, M. V., Beland, F., & Otero, A. (2001). Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *Int. J. Epidemiol., 30*, 1090-1099.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. ร.ศ. ดร. อนงค์ วิเศษสุวรรณ | อาจารย์ประจำภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 2. ผ.ศ. ดร. สุรินทร์ สุทธิชาติพิย์ | ที่ปรึกษาโครงการ EIP มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. ผ.ศ. ดร.รพินทร์ ฉายวิมล | อาจารย์ประจำภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 4. พ.ญ มยุรี พิทักษ์ศิลป์ | อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 5. พ.ญ ชรรम्मิกา เทพพาทิ | จิตแพทย์ประจำ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา |

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

แบบสัมภาษณ์การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นชุดคำถามที่ใช้ในการวิจัยเรื่องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากสภาการวิจัยแห่งชาติของนางสาวกาญจนา พิบูลย์ และคณะ ประกอบด้วยชุดคำถามรวมทั้งหมด 8 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป และข้อความประวัติอาการซึมเศร้าในครอบครัว

มีข้อความทั้งหมด 16 ข้อ เป็นคำถามเลือกตอบและปลายเปิด

ชุดที่ 2. แบบวัดการรับรู้ระดับความเครียด มีข้อความทั้งหมด 14 ข้อเป็นคำถามเลือกตอบ มีมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 มีข้อความทั้งหมด 25 ข้อเป็นคำถามเลือกตอบมีมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 1 มีข้อความทั้งหมด 10 ข้อเป็นคำถามเลือกตอบ

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีข้อความทั้งหมด 10 ข้อ เป็นคำถามเลือกตอบตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความพร้อมของการรับรู้ มีข้อความทั้งหมด 13 ข้อ เป็นคำถามเลือกตอบ ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ

ชุดที่ 7 แบบสอบถามความโดดเดี่ยวมีข้อความทั้งหมด 11 ข้อ เป็นคำถามเลือกตอบตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ

ชุดที่ 8 แบบสัมภาษณ์อารมณ์ซึมเศร้าในปัจจุบัน มีข้อความทั้งหมด 30 ข้อ เป็นคำถามเลือกตอบตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนของแบบสัมภาษณ์ให้เข้าใจก่อน จากนั้นจึงแนะนำตัวผู้สัมภาษณ์และอธิบายจุดมุ่งหมายในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ให้กับกลุ่มตัวอย่างฟังให้เข้าใจและยินยอมให้ทำการสัมภาษณ์ แล้วจึงทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามตามที่ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟังตามความเป็นจริงทุกข้อ

แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนตัวทั่วไป

คำชี้แจง: กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างหรือ กา เครื่องหมาย X ข้างหน้า ตัวเลือกที่แสดงถึงคำตอบของท่าน (คำถามข้างล่างต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับตัวท่านซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยได้เข้าใจผลของการวิจัยได้ชัดเจนขึ้น)

1. ปัจจุบันท่านมีอายุเท่าไร.....
2. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
3. สถานภาพสมรส
(1) โสด (2) คู่ (3) แยกกันอยู่ (4) หม้าย (5) หย่า
4. ท่านนับถือศาสนา
(1) พุทธ (2) อิสลาม (3) คริสต์ (4) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
5. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ
(1) รับจ้าง (2) เกษตรกร (3) ธุรกิจส่วนตัว (4) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
(5) ไม่ได้ทำงาน
6. ปัจจุบันท่านมีรายได้.....บาทต่อเดือน () ไม่มีรายได้ (ข้ามไปตอบข้อ 9)
7. รายได้ที่ได้รับ (1) พอใช้และเหลือเก็บ (2) พอใช้และไม่เหลือเก็บ
(3) ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน (4) ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน
8. ปัจจุบันรายได้ของท่าน
(1) รายได้มากกว่ารายจ่าย (2) รายได้เท่ากับรายจ่าย (3) รายได้น้อยกว่ารายจ่าย
(4) ไม่แน่นอน บางครั้งเหลือเก็บ บางครั้งเป็นหนี้ บางครั้ง ก็พอดี
9. ปัจจุบันรายรับของท่านมาจากแหล่งใด
(1) ได้รับความจากรายงาน (2) ได้รับความจากรัฐบาล (3) ได้รับความจากรัฐวิสาหกิจ
(4) ได้รับความจากรายงาน (5) อื่น ๆ
10. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร
(1) อยู่คนเดียว (2) อยู่กับสามี หรือ ภรรยา (3) อยู่กับบุตร หรือ ญาติ
(4) อยู่กับสามี หรือ ภรรยา และบุตร
11. จำนวนสมาชิกในครอบครัวของท่าน.....คน
12. การศึกษาระดับสูงสุดของท่าน
(1) ประถมศึกษา (2) มัธยมศึกษาตอนต้น (3) มัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช
(4) อนุปริญญา หรือ ปวส (5) ปริญญาตรี (6) สูงกว่าปริญญาตรี
13. ปัจจุบัน

นท่านได้รับการรักษาอาการเจ็บป่วยเหล่านี้เช่น (ท่านสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- (1) ความดันโลหิต
- (2) เมลาหวน
- (3) หัวใจ
- (4) หลอดเลือดในสมองแตก
- (5) มะเร็ง
- (6) นอนไม่หลับ
- (7) กระดูกและข้อ
- (8) ปวดหลัง
- (9) พากินสั้น
- (10) โรคอื่น ๆ โปรดระบุ.....

14. ปัจจุบันท่านรู้สึกว่าคุณภาพร่างกายของท่านเป็นอย่างไร

- (1) ไม่ดี
- (2) พอใช้
- (3) ดี
- (4) ดีมาก

ประวัติอาการซึมเศร้าในครอบครัว

1. ที่ผ่านมากในครอบครัวของท่านเคยมีใครได้รับการวินิจฉัย หรือ การรักษาด้วยโรคซึมเศร้า บ้างหรือไม่

เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง ตา ยาย ปู่ ย่า ลุง ป้า น้า อา

- (1) มี
- (2) ไม่มี

2. ท่านเคยเห็นคนในครอบครัวของท่านมีอาการซึมเศร้า เป็นเวลานานประมาณสองสัปดาห์ บ้างหรือไม่ เช่น อาการท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข รู้สึกเศร้าหดหู่ อยากร้องไห้ตลอด เบื่ออาหาร กินไม่ได้ น้ำหนักลด แยกตัวเองออกจากบุคคลอื่น แสดงอาการฉุนเฉียว หงุดหงิด หรือ คิดว่าตนเองไม่มีค่า

- (1) มี
- (2) ไม่มี

3. ท่านคิดว่ามีใครบ้างในครอบครัวท่านที่เคยมีอาการซึมเศร้า

- (1) มี
- (2) ไม่มี

แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

คำชี้แจง ให้เลือกตอบคำถามที่ตรงกับท่านมากที่สุด

1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้เรียบร้อยแล้ว
 - () 0 ไม่สามารถตักเข้าปากเองได้ต้องมีคนป้อน
 - () 1 ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ใช้ช้อนตัก เตรียมไว้ให้ หรือตักให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
 - () 2 ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ
2. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด
 - () 0 ต้องการความช่วยเหลือ
 - () 1 ทำเองได้ (รวมทั้งทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ให้)
3. ลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปหาเก้าอี้
 - () 0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วล้มเสมอ) หรือต้องใช้ คน 2 คนช่วยยกขึ้น
 - () 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่นคนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง ดันขึ้นจึงจะนั่งได้
 - () 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่นบอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - () 3 ทำได้เอง
4. การใช้ห้องสุขา
 - () 0 ช่วยตัวเองไม่ได้
 - () 1 ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดเองได้หลังเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - () 2 ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้ดี ทำความสะอาดเสร็จเรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดและใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. การอาบน้ำ
 - () 0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
 - () 1 อาบน้ำเองได้
6. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
 - () 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - () 1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้)
 - () 2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่นพยุงหรือบอกทางให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - () 3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

- () 0 ไม่สามารถทำได้
- () 1 ต้องการคนช่วย
- () 2 ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า ต้องเอาขึ้นเอาลงได้ด้วย)

8. การกลั้น การถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- () 0 กลั้นไม่ได้ หรือต้องสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- () 1 กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อ สัปดาห์)
- () 2 กลั้นได้เป็นปกติ

9. การสวมเสื้อผ้า

- () 0 ต้องมีนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองไม่ได้หรือได้น้อย
- () 1 ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือมีคนช่วย
- () 2 ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ตัดแปลงเหมาะสมก็ได้)

10. การกลั้น ปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- () 0 กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- () 1 กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อ สัปดาห์)
- () 2 กลั้นได้เป็นปกติ

แบบสัมภาษณ์ความพร้อมของการรับรู้

ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้อ่านคำชี้แจง: ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการถามเกี่ยวกับการวัดความพร้อมของการรับรู้ของท่าน ให้ท่านตอบคำถามตามที่ผู้วิจัย หรือผู้ช่วยวิจัยได้สอบถาม โดยในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านรับรู้. (สำหรับผู้วิจัย ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน)

| คำถาม | | ถูก | ไม่ถูก |
|--|-----------------|-----|--------|
| 1. ปีที่ท่านอายุเท่าไร | | 1 | 0 |
| 2. ขณะนี้กี่โมง (อาจคลาดเคลื่อนได้ 1 ชั่วโมง) | | 1 | 0 |
| 3. พูดคำว้าวม กระตะ ประตุ ให้ฟังชัด ๆ 2 ครั้ง | ร่วม | 1 | 0 |
| แล้วบอกให้ผู้ถูกทดสอบทวนชื่อทั้งสามดังกล่าวทันที | กระตะ | 1 | 0 |
| | ประตุ | 1 | 0 |
| 4. เดือนนี้เดือนอะไร (อาจตอบเดือนเป็นไทย/เดือนสากลก็ได้) | | 1 | 0 |
| 5. คนนั้นเป็นใคร | บุคคลที่ 1 | 1 | 0 |
| (ให้ถามถึงบุคคล สองคน ที่เป็นบุคคลใกล้เคียง) | บุคคลที่ 2 | 1 | 0 |
| 6. ข้าว 1 ถังมีกี่ลิตร / กี่กิโลกรัม | 20 ลิตร/ 15 ก.ก | 1 | 0 |
| 7. ให้ผู้ถูกทดสอบทำตามคำสั่งที่จะบอกดังต่อไปนี้ “คมมีสามที่แฉ่วกอดอก” | | 1 | 0 |
| 8. ให้บอกความหมายของสุภาษิตต่อไปนี้ “หนีเสือปะจระเข้” | | 1 | 0 |
| คำตอบที่ถูกต้อง: หนีจากสิ่งที่ไม่ดีไปพบสิ่งที่ไม่ดีอีก ,หนีจากสถานการณ์หรือบุคคลที่เป็นอันตรายไปพบสถานการณ์หรือบุคคลที่อันตรายอีก, หนีจากสิ่งทีเลวร้ายไปพบสิ่งทีเลวร้ายกว่าเดิม | | | |
| 9. บอกผู้ทดสอบว่าจงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดีเมื่อฟังจบแล้วให้พูดตามทันที | | 1 | 0 |
| “ฉันชอบดอกไม้ เสียงเพลง แต่ไม่ชอบหมา” (ถ้าพูดได้ถูกต้องตามลำดับทั้งประโยค ให้ 1 คะแนน) | | | |
| 10. ถามผู้ที่ถูกทดสอบว่า ถ้าถูกแฉหายจะอย่างไร | | 1 | 0 |
| (ถ้าคำตอบมีเหตุผลเหมาะสม โดยคำตอบนั้นแสดงถึงความพยายามที่จะแก้ปัญหาด้วยความเป็นไปได้และไม่ก่อให้เกิดความเสียหาย ให้ 1 คะแนน) ตัวอย่างคำตอบที่ได้คะแนน - ทดลองนำกุญแจอันอื่นหรือวัสดุที่ใช้แทนได้ที่มียู่ในบริเวณใกล้เคียงมาลองไขกุญแจ - ตามช่างทำกุญแจ - ไปขอกุญแจจากผู้ที่เกี่ยวข้อง (เช่นญาติ) ที่อยู่ไม่ไกล - หาทางเข้าบ้านเอง(ถ้าทำได้) หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อยู่ใกล้เคียง | | | |
| ตัวอย่างที่ไม่ได้คะแนน- ไม่รู้จะทำอย่างไร นั่งรอนกว่าจะมีคนอื่นกลับมา - ฟังประตูเข้าไป หรือ - ไปเอากุญแจที่บุคคลอื่นในบ้านเก็บไว้แต่ไกลมาก เช่นอยู่ต่างจังหวัด | | | |
| 11. บอกให้ผู้ถูกทดสอบนับเลขจาก 10-20 (ให้ 1 คะแนน ถ้าสามารถนับได้ถูกต้องตามลำดับทั้งหมด) | | 1 | 0 |
| 12. ชี้ไปที่นาฬิกาแล้วถามว่าคืออะไร/เรียกว่าอะไร | | 1 | 0 |
| ชี้ไปที่ปากกาถามว่าคืออะไร/เรียกว่าอะไร | | 1 | 0 |
| 13. บอกให้ผู้ถูกทดสอบลบเลขทีละ 3 จาก 20 ทั้งหมด 3 ครั้ง | 20-3=17 | 1 | 0 |
| | 17-3=14 | 1 | 0 |
| | 14-3=11 | 1 | 0 |
| (ให้คะแนนตามจำนวนเลขที่ลบได้ถูกต้องครั้งละ 1 คะแนน) | | | |
| | รวมคะแนน..... | | |

แบบสอบถามความโดดเดี่ยว

คำชี้แจง: กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้ว ทำเครื่องหมาย \surd หรือ \times ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

| ข้อความ | ใช่ | ไม่ใช่ | สำหรับนักวิจัย |
|---|-----|--------|----------------|
| 1. เมื่อท่านมีปัญหาในชีวิตประจำวันท่านมีคนที่ท่านสามารถพูดคุยด้วยเสมอ | | | |
| 2. ท่านไม่มีเพื่อนสนิท | | | |
| 3. ท่านเคยมีความรู้สึกว่างเปล่า | | | |
| 4. เมื่อท่านมีปัญหา ท่านมีผู้คนมากมายคอยช่วยเหลือท่าน | | | |
| 5. ท่านรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น | | | |
| 6. ท่านค้นหาเพื่อนและคนที่ท่านคุ้นเคย ที่มีอยู่อย่างจำกัดรอบๆ ตัวท่าน | | | |
| 7. ท่านมีคนที่ท่านไว้ใจ ใค้อยู่หลายคน | | | |
| 8. ท่านมีคนที่ท่านใกล้ชิดสนิทสนมอยู่มากพอ | | | |
| 9. ท่านไม่มีผู้คนที่อยู่รอบๆ ตัวท่าน | | | |
| 10. บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกว่าถูกปฏิเสธ | | | |
| 11. ท่านสามารถโทรศัพท์หาเพื่อนๆ ของท่านได้ทุกครั้งที่ท่านต้องการ | | | |

แบบสัมภาษณ์อารมณ์ซึมเศร้าในปัจจุบัน

คำชี้แจง: ให้ท่านทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน (ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ที่เพิ่งผ่านมานี้ ท่านเคยมีอาการเหล่านี้เป็นระยะเวลาติดต่อกัน อย่างน้อย 1 สัปดาห์บ้างหรือไม่)

| หัวข้อ | ใช่ | ไม่ใช่ | สำหรับนักวิจัย |
|--|-----|--------|----------------|
| 1. ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้ | | | |
| 2. ท่านไม่ยอมทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ | | | |
| 3. ท่านรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร | | | |
| 4. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ | | | |
| 5. ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดี เกิดขึ้นในวันข้างหน้า | | | |
| 6. ท่านมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้ | | | |
| 7. ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดี | | | |
| 8. ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน | | | |
| 9. ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข | | | |
| 10. บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกว่าไม่มีที่พึ่ง | | | |
| 11. ท่านรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ | | | |
| 12. ท่านชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน | | | |
| 13. บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า | | | |
| 14. ท่านคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น | | | |
| 15. การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดี | | | |
| 16. ท่านรู้สึกหมกมุ่นกังวลใจ หรือเศร้าใจบ่อย | | | |
| 17. ท่านรู้สึกว่าชีวิตคุณค่อนข้างไม่มีคุณค่า | | | |
| 18. ท่านรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา | | | |
| 19. คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนใจอีกมาก | | | |
| 20. ท่านรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ ๆ | | | |
| 21. ท่านรู้สึกกระตือรือร้น | | | |
| 22. ท่านรู้สึกสิ้นหวัง | | | |
| 23. ท่านคิดว่าคนอื่นดีกว่าท่าน | | | |
| 24. ท่านอารมณ์เสียบ่อยกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ | | | |
| 25. ท่านรู้สึกอยากร้องไห้บ่อย ๆ | | | |
| 26. ท่านมีความตั้งใจในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน | | | |
| 27. ท่านรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า | | | |
| 28. ท่านไม่ยอมคบหาพูดคุยกับคนอื่น | | | |
| 29. ท่านตัดสินใจอะไรได้เร็ว | | | |
| 30. ท่านมีจิตใจ สบาย แจ่มใสเหมือนก่อน | | | |

ภาคผนวก ค

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยบูรพา

1. โครงการวิจัย

ภาษาไทย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ภาษาอังกฤษ Related Factors of Depression among Thai older Adults

2. ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางกาญจนา พิบูลย์

3. หน่วยงานที่สังกัด : ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดโครงการวิจัย เรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) เคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์ และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต หรือ ไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

(/) รับรองโครงการวิจัย

() ไม่รับรอง

5. วันที่ให้การรับรอง : 1 สิงหาคม พ.ศ. 2551

ลงนาม

(ศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ข้อมูลสำหรับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

การศึกษาวิจัยในชุมชน : ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

เรียน ผู้สูงอายุทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจากผู้วิจัยในการเข้าร่วมศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ” ก่อนที่ท่านตกลงเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าวผู้วิจัยขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดการศึกษาวิจัยครั้งนี้

การศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นการมุ่งที่ศึกษาและสำรวจภาวะซึมเศร้าที่ผู้สูงอายุเผชิญอยู่ในภาวะปัจจุบันที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้หมายถึงสภาวะจิตใจที่ผิดปกติอย่างหนึ่งที่แสดงออกทางอารมณ์ เช่นรู้สึกเศร้าอยากร้องไห้ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่สนุกสนาน ในรูปของความคิดเช่นคิดว่าตนเองไม่มีค่าหรือเป็นภาระของคนอื่น และทางพฤติกรรมเช่นการแยกตัวหรือมีอาการก้าวร้าวเป็นต้น การศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยเน้นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เพื่อที่ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนา รูปแบบการดูแล และแนวทางในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในชุมชนต่อไป ซึ่งขั้นตอนในการเข้าร่วมการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเตรียมแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดจำนวน 6 ชุดต่อผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัย 1 ท่าน ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเอง หรือกรณีที่ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาในเรื่องสายตา หรือการอ่านแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้เตรียมฝึกรวมผู้ช่วยนักวิจัยในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน

การศึกษานี้ใช้เวลาการตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดประมาณ 1 ถึง 2 ชั่วโมง การศึกษานี้ผู้สูงอายุทุกท่านที่ยินยอมให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย สามารถปฏิเสธที่จะตอบแบบสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้สูงอายุทุกท่าน

ประการสำคัญที่ท่านควรรับทราบ

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยข้อมูลต่างๆ จะเก็บไว้เป็นความลับและไม่มีเผยแพร่ข้อมูลของท่านสู่สาธารณชน และไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่านตามกฎหมายทั้งนี้ข้อมูลที่ท่านได้ให้แก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยจะใช้รหัสของแบบสัมภาษณ์แทนการใช้ชื่อ และนามสกุลของผู้สูงอายุทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษานี้

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ คุณ กาญจนา พิบูลย์ ฝ่ายวิชาการ และวิจัย ชั้น 5 อาคารศรีนครินทร์ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ โทร 038 390324 , 038 390580 ต่อ 519, 526 ซึ่งผู้วิจัยยินดีให้ตอบคำถามแก่ทุกท่านตลอดเวลา

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย

วันที่ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจและไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนทำให้ข้าพเจ้าเกิดการไม่พอใจข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีข้อแม้ใดๆ และการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ท่านเข้าร่วมโดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้น ไม่มีผลใดๆที่จะเกิดกับข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยใด ๆ ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ 038 - 390324 , 390580 ต่อ 519, 526 และ 081-8639707 ได้ตลอดเวลา

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือขวาของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....)