

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการเข้าร่วมกลุ่มการระลึกถึงความหลังของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 ทฤษฎีภาวะซึมเศร้า
 - 2.3 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 2.4 ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า
 - 2.5 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า
 - 2.6 การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 2.7 การประเมินภาวะซึมเศร้า
3. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ
 - 3.1 ความหมายของความพึงพอใจในชีวิต
 - 3.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิต
 - 3.3 การประเมินความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการระลึกถึงความหลัง
 - 4.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการระลึกถึงความหลัง
 - 4.2 กระบวนการระลึกถึงความหลัง
 - 4.3 รูปแบบของการระลึกถึงความหลัง
 - 4.4 ผลของการระลึกถึงความหลัง
5. สถานสงเคราะห์คนชรา

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

จากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ เมื่อปี พ.ศ. 2525 ได้กำหนดคำภาษาอังกฤษเรียกผู้สูงอายุว่า The Aging หรือ The Elderly แทนคำว่า The Aged (ฝ่ายนิเทศสัมพันธ์ กองวิชาการ, 2529) กรมประชาสงเคราะห์ (2526) ได้ให้ความหมายของคำว่า “ความสูงอายุ” หมายถึง การพัฒนาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุของมนุษย์ ความสูงอายุนี้อาจเริ่มตั้งแต่เกิดมาและดำเนินต่อเนื่องไปจนถึงอายุขัยของสิ่งมีชีวิตนั้น ๆ

วอลเลซ (Wallace, 1992) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่าเป็นผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติซึ่งถูกกำหนดโดยเวลาและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการทางชีวภาพในอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคม

บรรลุ ศิริพานิช (2534) กล่าวว่า ในสังคมไทยโดยเฉพาะที่เป็นข้าราชการจะเกษียณอายุราชการเมื่ออายุ 60 ปี แต่ในยุโรปและอเมริกาจะเกษียณอายุเมื่ออายุ 65 ปี หรือในประเทศทางแอฟริกา และมาเลเซีย เกษียณอายุเมื่อ 55 ปี ซึ่งถือว่า เข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ดังนั้นแต่ละสังคม ความเป็นผู้สูงอายุจะมีความแตกต่างกัน สำหรับในประเทศไทยได้ยึดเกณฑ์อายุ 60 ปี ขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยได้บัญญัติ คำว่า “ผู้สูงอายุ” โดย อรรถสิทธิ์ ลิทธิสุนทร (ม.ป.ป. อ้างถึงใน สุพัตรา สุภาพ, 2536) ว่าผู้สูงอายุจะต้องมีลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังลดลง เชื่องช้า
3. เป็นผู้ที่สมควรให้ความอุปการะ
4. เป็นผู้มีโรค ควรได้รับการช่วยเหลือ

สรุปความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

สถาบันแห่งชาติผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (จรัสวรรณ เทียนประพาส และพัชรี ดันศิริ, 2533) กำหนดว่าผู้สูงอายุวัยต้น คือ มีอายุระหว่าง 60 – 74 ปี เป็นวัยที่ไม่ชรามาก และเมื่ออายุ 75 ปี ขึ้นไปจึงจะถือว่าเป็นวัยชราอย่างแท้จริง

ยูริค และคณะ (Yurick et al., 1980) ได้แบ่งผู้สูงอายุตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (National Institute of Aging) เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young Old)

คือ มีอายุ 60 – 74 ปี ยังไม่ชรามาก เป็นวัยที่ยังทำงานได้ดี ถ้ามีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีและกลุ่มผู้สูงอายุวัยท้อ (Old - Old) คือมีอายุ 75 ปี ขึ้นไป ถือว่าเป็นวัยชราที่แท้จริง

ฮอลล์ (Hall, 1976, pp. 3 - 4) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุและได้แบ่งความสูงอายุของคนออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. ความสูงอายุตามวัย (Chronological Aging) หมายถึงการสูงอายุตามปฏิทินโดยนับจากปีที่เกิด
2. ความสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพร่างกายและหน้าที่การทำงานของร่างกายอย่างมาก ขณะที่อายุเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดน้อยลง ซึ่งเป็นผลมาจากความเสื่อมของกระบวนการสูงอายุ ตามอายุของแต่ละบุคคล
3. ความสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) หมายถึงการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ การรับรู้ แนวคิด ความจำ ความเข้าใจในการเรียนรู้ สถิติปัญญา การแก้ปัญหา และลักษณะบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะต่าง ๆ ของชีวิตแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น
4. ความสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological Aging) หมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางบทบาท หน้าที่ สถานภาพของบุคคลในแบบสังคม เช่น ครอบครัว ชุมชน ในหน้าที่การงาน ฯลฯ รวมถึงความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลนั้น ๆ ที่เกี่ยวกับอายุ การแสดงออกตามคุณค่าและความต้องการของสังคม

จากแนวคิดดังกล่าว สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุไทย หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของวัย สภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงสัมพันธ์กันและผู้สูงอายุแต่ละบุคคลก็จะมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมของแต่ละบุคคล ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสูงอายุนั้น เป็นไปได้ทั้งปัจจัยที่มีชีวิต เช่น สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสารเคมีต่าง ๆ ปัจจัยมีชีวิต เช่น สิ่งมีชีวิตต่างที่อยู่สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก รวมทั้งปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น สภาพผันแปรของเศรษฐกิจและสภาพการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของโลก มีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมที่มีเทคโนโลยี การสื่อสาร และข้อมูลที่ทันสมัย ปัจจัยเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมของคนทำให้เกิดความเครียดและแก่เร็ว

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ความสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไปตามเวลาที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุจะมีอัตราการเสื่อมโทรมของร่างกาย วันเพ็ญวงศ์จันทร์ (2539, หน้า 10-16) ได้กล่าวว่า สภาพปัญหาของผู้สูงอายุสืบเนื่องมาจาก

การเปลี่ยนแปลง 3 ประการ คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ และทางด้านสังคมวัฒนธรรม ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สามารถจำแนกได้ตามระบบของร่างกายดังนี้

ระบบประสาทและประสาทสัมผัส (Nervous System) ในผู้สูงอายุเซลล์สมองและเซลล์ประสาทที่มีจำนวนลดลงเรื่อย ๆ ขนาดของสมองลดลง การทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลงเป็นเหตุให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง ความคิดเห็นและการเคลื่อนไหวช้า ความจำเสื่อม ความกระตือรือร้นลดลง การนอนหลับของผู้สูงอายุจะใช้เวลาอนน้อยลง นอนหลับง่ายและตื่นง่าย ลูกตามีขนาดเล็กลง ทำให้การปรับตัวสำหรับการมองเห็นในที่มืดไม่ได้ สายตายาวขึ้น การได้ยินลดลงมีอาการหูตึง เนื่องจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้น รวมกับการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทหูคู่ที่ 8 (Auditory Nerve) การรับกลิ่นไม่ดี เนื่องจากการเสื่อมของเยื่อโพรงจมูก การรับรสไม่ดี เนื่องจากจำนวนต่อมรับรสลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเบื่ออาหาร

ระบบไหลเวียนโลหิต (Cardiovascular System) หลอดลมและปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงและกำลังหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้า และ ออกลดลง ผ่นังทรวงอกแข็งขึ้น การเคลื่อนไหวของกระดูกซี่โครงลดลง เพราะมีแคลเซียมมาเกาะอยู่ที่กระดูกอ่อนชายโครงมากขึ้น เยื่อหุ้มปอดแข็งและทึบ ทำให้ปอดยืดขยายและหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศหายใจลดลง ถุงลมปอดมีจำนวนลดน้อยลง ผ่นังถุงลมแตกง่าย เนื่องจากเส้นใยคอลลาเจน (Collagen) ที่หุ้มถุงลมลดลง ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ง่ายขึ้น การทำงานของกล่องเสียงลดลง ทำให้เกิดอาการสำลักและเกิดโรคปอดบวมได้

ระบบทางเดินอาหาร (Digestive System) เซลล์สร้างฟันลดลง และมีเนื้อเยื่อพังผืดเข้าแทนที่มากขึ้น ทำให้การสร้างฟันลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ ฟันผุได้ง่ายขึ้น ต่อม น้ำลายผลิตเอนไซม์และน้ำลายลดลง ปากและลิ้นแห้ง ทำให้มีการติดเชื้อในปากมากขึ้น การรับรสของลิ้นเสียไป ผู้สูงอายุใส่ฟันปลอมทำให้เคี้ยวอาหารไม่สะดวก กระเพาะอาหารมีการหลั่งน้ำย่อยน้อยลง การดูดซึมอาหารโดยเฉพาะเหล็ก วิตามินบี 13 และโฟเลต (Folate) ลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคโลหิตจางได้ การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและการทำงานของกล้ามเนื้อในกระเพาะอาหารลดลง อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น จึงเกิดความรู้สึกหิวบ่อยลง การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลงประกอบด้วยการทำงานของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง กระหายน้ำน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะท้องผูก

ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ (Reproductive System) ในผู้สูงอายุจะมีขนาดของไตลดลง หน่วยไตมีจำนวนลดลง โกลเมอรูลัส (Gomerulus) ฝ่อลีบ การไหลเวียนเลือดใน

ไทรลดลง อัตราการกรองของไตลดลง การทำงานของท่อไตลดลง ทำให้การดูดกลับของสารต่าง ๆ ลดน้อยลง กระเพาะปัสสาวะมีขนาดเล็กลง และกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง ในเพศชายต่อมลูกหมากโตขึ้น ทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบาก มีอาการถ่ายบ่อยครั้ง ลูกอัณฑะเหี่ยว เล็กลง และผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ในเพศหญิง รังไข่จะฝ่อเล็กลง ปีกมดลูกจะเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลง เยื่อบุภายในมดลูกบางและมีพังผืดมากขึ้น ปากมดลูกเหี่ยวและขนาดเล็กลง ไม่มีเมือกหล่อลื่น ช่องคลอดแคบและสั้น ความยืดหยุ่นของช่องคลอดลดลง กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัว ทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อนและกลั้นปัสสาวะไม่ได้

ระบบผิวหนัง (Integumentary System) เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลงทำให้ผิวหนังบางลงเซลล์ที่เหี่ยวเจริญช้า อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดีเนื่องจากมีเส้นใยอีลาสตินลดลง น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง การไหลเวียนเลือดลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย การทำงานของต่อมเหงื่อลดลง เนื่องจากมีจำนวนและขนาดลดลง เป็นผลให้การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายเลวลง ต่อมไขมันทำงานลดลงจึงทำให้ผิวหนังแห้ง คัน และแตกง่าย ผมและขนทั่วไปมีสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่าย เล็บในผู้สูงอายุจะมีการเจริญช้า หนาตัวขึ้นและไม่สม่ำเสมอ

ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine System) มีการเปลี่ยนแปลงคือ ต่อมใต้สมองจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและการทำงานน้อยลง การหลั่งฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองมีการเปลี่ยนแปลง ต่อมธัยรอยด์ทำงานลดลงตามอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง ต่อมหมวกไตมีการทำงานลดลง การขับคอร์ติโคสเตอรอยด์ทางปัสสาวะลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอารมณ์เครียดและหงุดหงิดง่าย ตับอ่อนมีการผลิตอินซูลินลดลง เนื้อเยื่อต่าง ๆ ภายในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติ เป็นผลให้ระดับความทนต่อน้ำตาล (Glucose Tolerance) ลดลง ซึ่งอาจเป็นเบาหวานได้เมื่ออายุมากขึ้น ต่อมเพศทำงานลดลงและไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง ในเพศหญิงรังไข่จะหยุดทำงาน อวัยวะต่าง ๆ ในระบบสืบพันธุ์เสื่อมลงและสูญเสียน้ำที่ ซึ่งอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ทำให้มีอาการหงุดหงิด โกรธง่าย ตกใจง่าย ซึมเศร้า ฯลฯ ในเพศชายการหลั่งฮอร์โมนเพศชายค่อย ๆ ลดลงทีละน้อย ความรู้สึกทางเพศอาจเพิ่มขึ้นหรือลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological Change)

ในผู้สูงอายุพบว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เนื่องจากร่างกายมีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกในครอบครัว และการหยุดจากงานที่ทำอยู่เป็นประจำ ปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของ

ผู้สูงอายุ ลักษณะของการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจที่พบคือการรับรู้ โดยทั่วไปผู้สูงอายุมักจะยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้สิ่งใหม่ ๆ เป็นไปได้ยาก ด้วยลักษณะดังกล่าวนี้ ผู้สูงอายุจึงมักมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกับผู้อ่อนวัยและมักจะขัดแย้งกัน การแสดงออกทางอารมณ์ในผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เป็นกลไกที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการสนองความต้องการของจิตใจ ต่อการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม ผู้สูงอายุมักจะท้อแท้ น้อยใจ รู้สึกว่าสังคมไม่ได้ให้ความสำคัญกับตนเอง จึงทำให้อารมณ์ของผู้สูงอายุไม่มั่นคง เมื่อเกิดการกระทบกระเทือนทางจิตใจ จะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิด หรือโกรธง่าย การยอมรับต่อภาวะสูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุพัฒนาวิถีดำเนินชีวิตแตกต่างกันไปตามเหตุผลและความพอใจของแต่ละคน เช่น การมุ่งสร้างคุณค่า แสวงหาความสงบในชีวิต เข้าวัด ถี้อศีล เลี้ยงสัตว์หรือการแยกตัวอยู่ตามลำพัง มีความสนใจในสิ่งแวดลอมลดลง มีความพอใจในชีวิตที่เรียบง่าย มีความมุงหวังหรือความใฝ่ฝันในชีวิตลดลง หรือไม่มีเลย

เบิร์นไซด์ (Burnside, 1994) กล่าวว่าอารมณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความหวาดระแวง ซึ่งมีสาเหตุมาจากความเสื่อมของประสาทรับรู้และสูญเสียสิ่งต่าง ๆ เฟรด คราวน์ (Clough, n.d. cited in Burnside, 1994) ได้ให้ทัศนะที่คล้ายคลึงกันคือ ผู้สูงอายุมีความโดดเดี่ยวจากภาวะการสูญเสีย และ 1 ใน 3 จะมีชีวิตอยู่ตามลำพัง

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม (Social and Cultural Change)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องประสบ กล่าวคือ ภาระหน้าที่และบทบาทของผู้สูงอายุจะลดลง มีข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ขาดความคล่องตัวในการคิด การกระทำ และการสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้น การยอมรับทางสังคมต่อความมีอายุเป็นไปในทางลบ แม้ว่าผู้สูงอายุบางคนได้แสดงให้เห็นว่า ความมีอายุสูงไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาทและหน้าที่ทางสังคมแต่ยังสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนคนหนุ่มสาว การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมไปเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น ทำให้บุคคลภายในครอบครัวที่เป็นประชากรวัยแรงงานต้องออกไปประกอบอาชีพและศึกษาในต่างถิ่น ทำให้ระบบครอบครัวจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว่าเหวได้ ปัญหาการตายของคู่สมรส จะทำให้คู่สมรสที่ยังมีชีวิตอยู่เศร้าและว่าเหวมากขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุนั้นไม่มีงานอดิเรกก็จะทำให้มีความรู้สึกซึมเศร้ามากขึ้น ด้านความมั่นคงของครอบครัว ผู้สูงอายุที่ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต ผิดหวังในความสำเร็จของบุตร ผิดหวังในการประกอบอาชีพ

หรือการปรับตัวไม่ได้ในเรื่องเพศสัมพันธ์ สิ่งเหล่านี้จะเป็นปัญหาที่ความรุนแรงมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยชรา ผู้สูงอายุบางรายต้องเปลี่ยนที่อยู่อาศัยในรายที่ไม่มีบุตรหลานก็ต้องเข้ามาอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราการเปลี่ยนที่อยู่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวต่อสถานที่ใหม่ ความกลัวต่อความเจ็บป่วยและความตายจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลและหวาดกลัวต่อความตาย และถ้าบุตรหลานไม่สนใจดูแลก็จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดและทุกข์ใจ จากการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ดังกล่าวข้างต้น มีผลกระทบต่อความไม่มั่นคงทางจิตใจในผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก พยอมน อิงคตานุวัฒน์ (2525) กล่าวว่าจะทำให้เกิดความระแวง ซึมเศร้าโดยไม่มีสาเหตุมีความรู้สึกถูกทอดทิ้ง ว้าเหว ไม่รู้จะพูดกับใคร ในรายที่เกิดความสูญเสียทางใจจะมีความรู้สึกหมดแรง

จะเห็นได้ว่าในวัยสูงอายุนี้เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ และทางด้านสังคมและวัฒนธรรม จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ย่อมส่งผลโดยตรงกับผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุไร้สมรรถภาพ มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเองลดลง เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าได้ และในที่สุดจะทำให้ผู้สูงอายุนั้นไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นในการดูแลผู้สูงอายุนั้นจึงมีความสำคัญอย่างมากที่จะต้องให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักจะมีอุบัติการณ์พบได้ครั้งแรกในช่วงอายุ 55 – 65 ปี ในเพศชายและ 50-60 ปีในเพศหญิง สาเหตุที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า เช่น การตายของคู่สมรส การสูญเสียสถานภาพ การเกษียณอายุ สุขภาพที่เสื่อม และการที่บุตรแยกตัวออกไปตั้งครอบครัวใหม่ (Feedwan, 1986) ภาวะซึมเศร้านี้เป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากการที่มีปัญหาในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและวัฒนธรรม

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

รอว์ลินส์ และฮีคอค (Rawlins & Heacock, 1988 cited in Feedwan, 1986) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความแปรปรวนของอารมณ์ ซึ่งมีความผิดปกติของความรู้สึก ทศนคติ และความเชื่อที่มีต่อตนเองและบุคคลอื่น มีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีค่า มองโลกในแง่ร้าย สูญเสียหมดหวัง รู้สึกผิด มีภาวะคล้ายกับความเสียใจ

เวเลนเต (Valente, 1994) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึงภาวะที่มีความรู้สึกเศร้า เสียใจ ขาดแรงจูงใจ ขาดความกล้าหาญ ไม่สนใจทำกิจกรรมต่าง ๆ

บีเบอร์ (Beeber, 1998) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะของความรู้สึกอย่างหนึ่ง จัดเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต แสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการดังนี้ คือ อาการโศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว รู้สึกท้อแท้หมดหวัง

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หดห้วง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนืดตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้ คงอยู่เป็นระยะเวลา นานและเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2543) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีดมน เบื่อหน่าย หดหู่ จิตใจอ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า ในที่สุดอาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเอง

สมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา (American Psychaitric Association, 1986 อ้างถึงใน กนกศรี จาดเงิน, 2543) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าหมายถึงภาวะจิตใจที่ผิดปกติอย่างหนึ่งซึ่งแสดง ออกจากอารมณ์ เช่นรู้สึกเศร้า อยากร้องไห้ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่สนุกสนาน ในรูปของความคิด เช่น คิดว่าตนเองไม่มีค่าหรือเป็นคนไม่ดี และทางพฤติกรรมเช่นแยกตัวหรือมีอาการก้าวร้าว

ดังนั้นจึงสรุปความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุว่า เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุเกิด ความรู้สึกหม่นหมองในจิตใจ ท้อแท้ ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย ซึ่งอาจนำไปสู่การเป็นโรคจิตหรือ โรคประสาทได้

ทฤษฎีภาวะซึมเศร้า (Theories of Depression)

เบลเซอร์ (Blazer, 1982) ได้กล่าวถึงทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ในปัจจุบันนี้เราสามารถสรุปได้ 3 ทฤษฎีหลัก คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และ ทฤษฎีทางสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories of Depression)

ทฤษฎีนี้เป็นผลของการผสมผสานข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยด้านความเจ็บป่วยทาง จิตใจช่วง 30 ปีที่ผ่านมา สามารถสรุปออกได้เป็น 4 ทฤษฎีย่อย ดังนี้

1.1 ทฤษฎีทางด้านพันธุกรรม (Genetic Theory) ทฤษฎีนี้ได้มาจากการศึกษาใน ฝาแฝดและครอบครัวของสเลเตอร์ และโควิด (Slater & Cowid, 1971 cited in Blazer, 1982, p. 56) ซึ่งปรากฏว่าอัตราเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ ได้แก่ พ่อแม่ร้อยละ 14.3 ลูก ร้อยละ 14.8 พี่น้องท้องเดียวกันร้อยละ 12.9 ส่วนในคู่แฝด หากคนหนึ่งเป็น คู่แฝดอีกคนหนึ่งมี อัตราเสี่ยงที่จะเป็นด้วยถึงร้อยละ 68 สำหรับคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน และร้อยละ 23 ใน คู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ นอกจากนี้ วินอคอร์ เคลย์ตัน และไรช์ (Winokur, Clayton & Reich, 1969 cited in Blazer, 1982, p. 56) ยังพบอีกว่า เพศของลูกทั้งเพศชายและเพศหญิงจะมีอัตรา เสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ได้เท่า ๆ กัน แต่ในหมู่พี่น้องท้องเดียวกัน เพศหญิงจะมี

อัตราเสี่ยงสูงกว่าเพศชายถึง 3 เท่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบโครโมโซมเอ็กซ์เป็นยีนส์เด่น (X -Chromosome-Linked Dominant)

นอกจากนี้ องค์ประกอบทางพันธุกรรมอาจเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าทางอ้อมได้ เช่นจากการศึกษาของ บัสส์ และเบลเซอร์ (Busse & Blezer, 1980 cited in Blazer, 1982) พบว่ามีการลดน้อยลงของเซลล์ประสาทในซีรีบรัล คอรัเท็กซ์ (Cerebellum) ซึ่งการถูกทำลายของเซลล์เหล่านี้มีผู้ศึกษาพบว่าอาจเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น โบริดี (Brody, 1960 cited in Blazer, 1982) ศึกษาพบว่า เกิดขึ้นเนื่องจากการสะสมของของเสียภายในเซลล์ ส่วนเบอร์เนท (Burnet, 1970 cited in Blazer, 1982) พบว่าเกิดจากกลไกภูมิคุ้มกันของตนเอง และการสูญเสียโครโมโซม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเนลสัน และคณะ (Nilsen et al., 1968 cited in Blazer, 1982) ที่พบว่า ผู้หญิงสูงอายุที่มีอาการทางจิตนั้นจะมีจำนวนโครโมโซมหายไปมากกว่าในคนปกติ

1.2 ทฤษฎีเคมีประสาท (Biogenic Amine Theory) เนื่องจากโลคัส เซอริเลียส (Locus Cerilius) เป็นส่วนประกอบโครงสร้างหลักในระบบนอร์อิพิเนพรีน (Norepinephrine System) การสูญเสียเซลล์จาก โลคัส เซอริเลียส ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความเข้มข้น และหน้าที่ของสารสื่อประสาทแคเทพิโคลามีน (Catecholamine Neuratransmitters) ซึ่ง ชิลด์คราท์ (Schildkraut, 1965 cited in Blazer, 1982) ได้กล่าวถึงสมมติฐานแคเทพิโคลามีนว่าภาวะความซึมเศร้านั้นสัมพันธ์กับการขาดหรือลดลงของสารสื่อประสาทแคเทพิโคลามีน โดยเฉพาะอย่างยิ่งนอร์อิพิเนพรีน (Norepinephrine) ที่รีเซพเตอร์ไซต์ (Receptor Site) ในสมอง และในทางตรงกันข้าม อาการคลั่ง (Mania) ก็สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของสารสื่อประสาทตัวนี้ซึ่งสนับสนุนสมมติฐาน แคเทพิโคลามีน มีดังนี้

1.2.1 ยาที่ทำให้เกิดการลดของแคเทพิโคลามีน (Catecholamine) ในสมอง เช่นจากการศึกษาของกูดวินและบันนี่ (Goodwin & Bunny, 1973 cited in Blazer, 1982) พบว่าการลดลงของรีเซอริปีน (Reserpine) เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในมนุษย์

1.2.2 ยาที่เพิ่มระดับแคเทพิโคลามีนในสมองเพิ่มขึ้น ซึ่งพบได้จากการศึกษาของเมนเดล สเทอร์น และฟราเซอร์ (Mendels, Stern & Frazer, 1976 cited in Blazer, 1982)

1.2.3 ยาที่เพิ่มระดับแคเทพิโคลามีนในสมองสามารถเพิ่มกิจกรรมและความตื่นตัวในสัตว์ทดลองได้ ซึ่งพบจากการศึกษาของ ชิลด์คราท์ (Schildkraut, 1965 cited in Blazer, 1982)

นอกจากนี้ ซาโมราจสกี รอดสเทน และออร์ดี (Samorajski, Rodsten, & Ord, 1971 cited in Blazer, 1982) ได้ทำการศึกษพบว่าระดับของนอร์อิพิเนพรีนทั้งในคอร์ปัส สเตรียตัม

(Corpus Striatum) และไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) จะลดต่ำลงในสัตว์ที่แก่กว่าอย่างมีนัยสำคัญ

1.3 ทฤษฎีต่อมไร้ท่อ (Endocrine Theory) ในคนที่มีการหลั่งของคอร์ติโซน (Cortisone) เพิ่มขึ้น จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น จึงพบว่าผู้ป่วยโรคคุชชิง ซินโดรม (Cushing's Syndrome) จำนวนมากที่มีอาการภาวะซึมเศร้า และมีความผิดปกติทางอารมณ์ ซาซาร์ ฟินเคิลสไตน์ และเฮลล์แมน (Sachar, Finkelstein, & Hellman, 1971, p. 263 cited in Blazer, 1982) พบว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นผลมาจากการขาดโกรท ฮอร์โมน (Growth Hormone) เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีผู้เชื่อว่าเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างเอสโตรเจน (Estrogen) กับโปรแลคติน (Prolactin) ซึ่งในหญิงสูงอายุ อวัยวะสืบพันธุ์จะลดการหลั่งเอสโตรเจนลงอย่างรวดเร็ว แต่ในขณะเดียวกันโปรแลคตินเซลล์ (Prolactin Cell) ในต่อมใต้สมอง (Pituitary Gland) จะยังปกติอยู่และหลั่งโปรแลคตินออกมามาก จึงพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากที่เป็นเนื้องอกของต่อมใต้สมอง (Pituitary Adrenomas) จะเป็นชนิดที่มีการหลั่งโปรแลคติน ออกมาเป็นจำนวนมาก และการขาดฮอร์โมนจากต่อมสืบพันธุ์ (Gonad) ทำให้อารมณ์ของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงง่าย ลักษณะทั่ว ๆ ไปจะมีความวิตกกังวลตลอดเวลาและแสดงออกเป็น 2 แบบคือ พุดมาก คุดใจอวด พุดต่อเติมจากความจริง เพราะความจำในเรื่องเดิมขาดหายไป อีกแบบหนึ่งคือ นิ่งเฉย แยกตัว และซึมเศร้า ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงได้มากที่สุด และเป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ไมตส์, ฮวง และไรเกิล (Meites, Huang, & Reigle, 1976, pp. 3-20 cited in Blazer, 1982) พบว่าในหนูทดลองที่มีอายุมากนั้น ไทรอยด์ สติมูเลติง ฮอร์โมน (Thyroid Stimulating Hormone: TSH) จะตอบสนองต่อ ไทรอยด์ รีลีสซิง ฮอร์โมน (Thyroid Releasing Hormone: TRH) น้อยลงเมื่อเทียบกับหนูที่มีอายุน้อย ซึ่งได้มีผู้สังเกตพบว่า ผู้ที่มีอาการซึมเศร้า ไทรอยด์ สติมูเลติง ฮอร์โมนจะตอบสนองต่อไทรอยด์ รีลีสซิง ฮอร์โมนลดน้อยลงเช่นกัน ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมของต่อมใต้สมองและต่อมไทรอยด์จึงอาจเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้จากสาเหตุนี้

1.4 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของจังหวะชีวิตในรอบวัน (Circadian Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าหน้าที่การทำงานของคนเราเกือบทุกอย่างจะดำเนินไปอย่างมีจังหวะ รวมทั้งการทำงานของสารสื่อประสาทและวงจรการนอนหลับ (Sleep Cycle) โดยระดับของนอร์อิพิเนพรีน และซีโรโตนินในสมองจะมีการเปลี่ยนแปลงในรอบวัน ซึ่งจากการศึกษาของสชิลเกน และทอลล์ (Schilgen & Tolle, 1980, p. 267 cited in Blazer, 1982) แสดงให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงจังหวะชีวิตในรอบวัน (Circadian Rhythms) เช่น การนอนหลับเป็นครั้งคราวนั้น อาจใช้เป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าได้

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory of Depression)

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่หมดหวัง ไร้อำนาจ ไร้ที่พึ่งพิง ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังการเจ็บป่วย ล้มเหลว หรือโดดเดี่ยว ทฤษฎีนี้ให้ความสนใจขององค์ประกอบภายในที่กระตุ้นให้เกิดความซึมเศร้า ตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิตของบุคคลที่กระทบต่อความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ และความขัดแย้งต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุให้เกิดความไม่สมหวังของชีวิต ฟรอยด์ (Freud, n.d. cited in Blazer, 1982) อธิบายถึง ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นผลมาจากความสูญเสีย (Loss) ไม่ว่าจะเป็นวัตถุหรือตัวบุคคล และปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียนี้จะเกิดขึ้นทุกช่วงของพัฒนาการ และในทุกช่วงอายุ ผลที่เกิดขึ้นจากการที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง จะทำให้บุคคลนั้นกลายเป็นคนไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่อยากร่วมกิจกรรมใด ๆ ในสังคม ขาดความเชื่อมั่นในตนเองมีความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่าและสุดท้ายจะมีความรู้สึกว่าการมีชีวิตอยู่ต่อไปไม่มีความหมายและมักจะลงโทษตนเองในทางที่ผิดและอาการเศร้าที่มีมากและเข้มข้นขึ้นเนื่องจากลิบิโด (Libido) หรือพลังขับเคลื่อนทางเพศ (Sexual Drive) เข้าครอบงำสิ่งอันเป็นที่รัก (An Object) ภายในจิตสำนึก แต่ในช่วงระยะเวลาหนึ่งบุคคลก็สามารถที่จะปลดปล่อยความรู้สึกนี้ได้ เนื่องจากบุคคลสามารถที่จะรู้สึกตนและยอมรับได้ ขณะเดียวกันก็สามารถที่จะสละความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักนั้นไปอย่างช้า ๆ โดยการทำงานที่เป็นกระบวนการของความรู้สึกเศร้าเสียใจ (Mourning Proceeds) แต่ถ้าลิบิโดหรือพลังขับเคลื่อนทางเพศเข้าครอบงำสิ่งอันเป็นที่รักภายในจิตไร้สำนึก ภาวะซึมเศร้าจะเรื้อรังอยู่เป็นเวลานานกว่าปกติจนกลายเป็นกระบวนการของความรู้สึกเจ็บปวดที่เรื้อรังและนานกว่าปกติ เนื่องจากเกิดภาวะของการถดถอย (Regression) กลับไปสู่ระยะแรกของกระบวนการลอกเลียนแบบ (Identification) คือ ระยะขั้นปาก (Oral Stage) ทำให้สิ่งอันเป็นที่รักสูญเสียไปนั้นเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของอวัยวะ โดยบุคคลนั้นมักจะเลียนแบบทำอวัยวะให้เหมือนกับสิ่งอันเป็นที่รักที่สูญเสียไป เช่น ถ้าพ่อเสียชีวิต ลูกชายมักจะทำตัวให้เหมือนพ่อโดยรับช่วงทำงานที่พ่อเคยทำมาก่อน กิริยาท่าทางและพฤติกรรมแบบเดียวกับพ่อ หรือผู้ป่วยโรคจิตคนหนึ่งได้กล่าวว่าตนเองได้ทำ ความผิดที่พ่อเป็นคนก่อขึ้นทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยเองไม่เคยทำผิดในเรื่องนั้นเลย แต่เนื่องจากความคิดในอุดมคติ (Ego Ideal) หรือมโนธรรม (Conscience) ซึ่งเป็นศีลธรรมประจำใจที่ปลูกฝังมาตั้งแต่เล็ก ทำให้กระทำแต่สิ่งที่ดี จะกระทำการดูถูกหรือตีเดียความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักภายในอวัยวะก่อให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งอันเนื่องมาจากรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียด (Conflict of Ambivalence) ขึ้นภายในจิตใจ ผลที่ตามมาคือ บุคคลนั้นจะมีความรู้สึกตีเดียและกล่าวโทษตนเอง รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าแห่งตน (Loss of Esteem) รู้สึกดูถูกตนเอง (Self – Vilification or Delusional Belittling) รวมทั้งมีรูปแบบของการวิจารณ์และตีเดียตนเอง (Self-Eritieism) ซึ่งความคิด

ดังกล่าวจะเป็นพลังผลักดันในทางทำลายและจะมีลักษณะคิดซ้ำ ๆ ย้อนไปย้อนมาภายในจิตใจ โดยการแสดงออกของบุคคลที่มีอาการซึมเศร้าจะหมุนกลับมา กลายเป็นความรู้สึกก้าวร้าว ซึ่งจะเป็นความรู้สึกก้าวร้าวต่อบุคคลอื่น แต่ในบุคคลซึ่งไม่สามารถแสดงความรู้สึกก้าวร้าวออกมาได้ ก็จะเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ลักษณะดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงสภาพของการย้อนเข้าทำลายตนเอง (Introjection) ของอีโก้ซึ่งสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักไป

2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory)

เซลิเกแมน (Saligman, 1974 cited in Blazer, 1982) ได้อธิบายว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยใช้สมมติฐานการไร้ความสามารถในการเรียนรู้ (Learned Helplessness) ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากการเรียนรู้ต่อเหตุการณ์ครั้งก่อน ๆ ในสภาพแวดล้อมสังคมนั้นว่าไม่เกิดประโยชน์อันใด ซึ่งรูปแบบของพฤติกรรมของภาวะซึมเศร้านี้ เกิดจากการต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือประสบการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การสูญเสียคนรักหรือหน้าที่การงาน ซึ่งเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้เหล่านี้ ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ว่าพฤติกรรมของตนเองนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์ได้ ไม่สามารถบรรเทาความทุกข์ ซึ่งก็ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ซึ่งความรู้สึกไร้ประโยชน์ ความรู้สึกสิ้นหวัง ความเจ็บป่วย และความตาย จะทำให้บุคคลนั้นเกิดอาการซึมเศร้าได้ และการ์เบอร์, มิลเลอร์ และซีแมน (Garber, Miller, & Seaman, 1979 cited in Blazer, 1982) ได้กล่าวว่า ประสบการณ์ที่มีเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้นั้นจะนำไปสู่การบกพร่องขั้นต้น 2 ประการคือ การขาดแรงจูงใจในการตอบสนองต่อสถานการณ์ใหม่และการเสียความสามารถในการเรียนรู้เกี่ยวกับสภาพหรือเงื่อนไขในสถานการณ์ใหม่ ซึ่งเซลิเกแมน และไมเออร์ (Saligman & Maier, 1967 cited in Blazer, 1982) กล่าวว่า ทำให้เกิดผลต่าง ๆ 3 ด้าน คือ การขาดแรงจูงใจ (Motivation Deficits) การพร่องด้านความคิด (Negative Deficits) การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ (Emotion Change) ซึ่งโดยสรุปแล้ว ภาวะซึมเศร้านั้นจะทำให้เกิดการขาดแรงจูงใจ เกิดความคิดทางด้านลบ และมีภาวะอารมณ์ไม่สมดุลย์นั่นเอง

2.3 ทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive Theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้านี้เกิดจากการที่มีแนวคิดและการรับรู้ในทางลบเกี่ยวกับตนเอง โลกและอนาคต เบค (Beck, 1967 cited in Blazer, 1982) ได้กล่าวว่า แนวความคิดและทัศนคติเกี่ยวกับตนเองและสังคมนี้ จะได้รับการพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก โดยเขาชี้ให้เห็นว่าแนวความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ เช่น ความรู้สึกมีปมด้อย จะเป็นผู้มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าปกติ มีความรู้สึกไร้ค่า ไม่มั่นคง จะตีความเรื่องต่าง ๆ ในลักษณะของความพ่ายแพ้ น่าละอายอยู่ตลอดเวลา และเมื่อบุคคลเหล่านี้ต้องเผชิญกับความเครียด เช่น

ความเจ็บป่วย การปลดเกษียณ การขาดรายได้ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ซึ่งคนส่วนใหญ่อาจเพียงรู้สึกเป็นความเจ็บปวดและคับข้องใจเท่านั้น แต่บุคคลเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะตีความสถานการณ์ดังกล่าวนี้ว่า เป็นความพ่ายแพ้ รู้สึกเกลียดตนเอง รู้สึกผิดไร้ค่า ซึ่งเป็นการตีความบิดเบือนจากความจริง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ในวัยสูงอายุ (Blazer, 1982)

2.4 ทฤษฎีทางด้านสังคม (Social Theory)

แนวคิดทฤษฎีนี้เน้นว่า สาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ตามทฤษฎีทางสังคม บุคคลมีงานที่จะต้องพัฒนาไปตามวัย (Developmental Tasks) ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ แตกต่างกันไปแต่ละช่วงชีวิต บาร์ท (Bart, n.d. cited in Blazer, 1982) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลของโครงสร้างทางสังคม ซึ่งมีผลทำให้คนขาดบทบาทและไม่สามารถกำหนดชะตาชีวิตของตนเองได้

เฮฟวิงเฮิร์ส (Havighurst, n.d. อ้างถึงใน เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528) ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีงานพัฒนาใน 6 ลักษณะ คือ

1. การต่อสู้กับภาวะความอ่อนแอของร่างกายและความเสื่อมของสุขภาพ
2. การปรับตัวให้เข้ากับภาวะการเกษียณอายุและการเปลี่ยนแปลงสถานะด้านการเงิน
3. การปรับตัวต่อการตายของคู่สมรส
4. การเข้าร่วมกลุ่มบุคคลวัยเดียวกัน
5. การปรับตัวให้เข้ากับรูปแบบของสังคมใหม่ และความรับผิดชอบต่อฐานะพลเมือง
6. การดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจในระบบชีวิตปัจจุบันที่เป็นอยู่

จากที่กล่าวเกี่ยวกับทฤษฎีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุข้างต้น อาจกล่าวได้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุน่าจะมีปัญหาตามแนวคิดและทฤษฎีดังที่กล่าวมา โดยเฉพาะทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาและสังคม และในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา คาดว่ามีปัญหาตรงตามทฤษฎีของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วย เนื่องจาก การที่ผู้สูงอายุมาอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา มีการขาดสัมพันธ์กับบุตรหลาน ญาติพี่น้อง ครอบครัว การขาดสัมพันธ์กับเพื่อนผู้สูงอายุกันเอง การขาดการค้ำจุนจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งเจ้าหน้าที่มีจำนวนน้อย การที่จะให้การดูแลทางด้านจิตใจอย่างใกล้ชิดนั้นเป็นไปได้ยาก ซึ่งอาจมีผลต่อผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอย่างโดดเดี่ยว ว่างเหงาหงอยเหงา อันจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสรุปได้ 4 ประการ คือ การรับรู้ ความเสื่อมของสุขภาพร่างกาย ความเครียดทางอารมณ์ และการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1. การรับรู้ (Perception)

ด้านการรับรู้ นั้น มาร์ช (March, n.d. cited in Blazer, 1982) ได้อธิบายว่า การรับรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญในเรื่องภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมทางกายและทางสังคมได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ในวัยผู้สูงอายุ นั้น เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมมีผลทำให้การรับรู้สิ่งใหม่ ๆ เป็นไปได้ยาก ผู้สูงอายุต้องอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเป็นเครื่องประกอบในการตัดสินใจการรับรู้ของตน ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกันระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ที่ย่อวัยกว่า และในผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self – Image) ที่แตกต่างกัน จึงเสมือนกับว่าผู้สูงอายุจะมีความยึดมั่นในความคิดและเหตุผลของตนเองหรือหลงตนเอง (Narcissism) ฟรอยด์ (Frued, n.d. อ้างถึงใน เกษม ตันติผลาชีวะ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528) ได้กล่าวว่า การที่บุคคลยึดมั่นถือมั่นกับสิ่งใด แล้วเกิดความขัดแย้งขึ้นในใจ แล้วไม่สามารถแก้ปัญหาและยึดความคิดของตนเองเป็นใหญ่และเมื่อใดที่ผู้สูงอายู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า เขาจะมีภาวะซึมเศร้า และรู้สึกว้าชีวิตของเขานั้นไม่มีความหมาย

2. ความเสื่อมของสุขภาพร่างกาย (Decreased Physical Health Functioning)

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์เนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อลดความแข็งแรง ขาดความไวในการตอบสนอง การทำงานในระบบประสาทหย่อนสมรรถภาพ การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นได้ในทุกระบบของร่างกายผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยได้ง่ายก่อให้เกิดการไร้สมรรถภาพและขาดความสามารถ ทำให้ต้องพึ่งพาคนอื่น ขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้อื่น ในสหรัฐอเมริกาพบว่ามีการวิจัยที่รายงานว่า “โรคภัยไข้เจ็บเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ” (ประกอบ ตูจินดา, ม.ป.ป. อ้างถึงใน เกษม ตันติผลาชีวะ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528)

3. ความเครียดทางสังคม (Social Stresses)

รอช และคณะ (Roche et al., 1975 อ้างถึงใน ชูลีพร ศรีไชยวาน, 2542) พบว่าความเครียดทางสังคมที่เพิ่มขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์อย่างมากกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพราะสังคมเป็นสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสโดยตรงกับการดำเนินชีวิตของบุคคล และสังคมจะมีอิทธิพลต่อการปรับตัวและปัญหาสุขภาพของบุคคล ซึ่งสภาพความเครียดทางสังคมของผู้สูงอายุที่สำคัญมีดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคม จากสภาพสังคมเกษตรกรรมไปสู่

อุตสาหกรรม ทำให้คนในสังคมมีการแข่งขันกันมากขึ้น พึ่งพาอาศัยกันลดลง ผู้สูงอายุมิบทบาทลดลง เป็นผลให้ผู้สูงอายุขาดความสำคัญไป ในที่สุดผู้สูงอายุก็จะประสบกับความโดดเดี่ยวขาดที่พึ่งทางใจ ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของสุขภาพจิต

3.2 ความคับข้องใจทางสังคม เช่น การเกษียณอายุ เป็นผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียบทบาททางสังคม มีการเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ และทำให้สูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง

3.3 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน จากสภาพการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นในการเข้ากลุ่ม ไม่กล้าแสดงออก เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับชุมชนลดลง ซึ่งเป็นผลให้เกิดภาวะเครียดได้

จะเห็นได้ว่า ความเครียดของสังคมนี้ เป็นผลให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นคงของจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองลดคุณค่า และไร้ค่า จากอบสัน (Jacobson, n.d. cited in Blazer, 1982) กล่าวว่าความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าเป็นศูนย์กลางของปัญหาทางจิตใจในเรื่องภาวะซึมเศร้า

4. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

ฮอกสเตล (Hogstel, n.d. อ้างถึงใน เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528) กล่าวว่าสังคมของผู้สูงอายุจะแคบลงเหลือเพียงครอบครัว เพื่อน และวัด เท่านั้นการดำรงทางสังคมที่มีความสำคัญมากสำหรับผู้สูงอายุ คือ ครอบครัว และเพื่อน

4.1 ครอบครัว ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการดูแลและสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกและเศรษฐกิจ ต้องการความเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและต้องการมีการติดต่อกับเครือญาติ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ครอบครัวมีหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุและสัมพันธ์ภาพในครอบครัวถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ (Chatfield, 1977 อ้างถึงใน เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528)

4.2 เพื่อน ผู้สูงอายุที่ขาดเพื่อนจะมีความยุ่งยากในครอบครัวและเพื่อนของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใช่คนในครอบครัว ซึ่งสามารถพึ่งพาอาศัยกันได้ การที่ผู้สูงอายุมีเพื่อน จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิตได้ แต่ถ้าผู้สูงอายุขาดเพื่อน จะมีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Hess, 1980 อ้างถึงใน เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528)

ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า

สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 1994, pp. 320-327 อ้างถึงใน กนกศรี จาดเงิน, 2543) ได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depression) ซึ่งได้แก่อาการทางด้านอารมณ์ (Mood) ความสนใจ (Interest) ความอยากอาหาร (Appetite) การนอนหลับ (Sleep) การเคลื่อนไหว (Psychomotor) พลังงาน (Energy) ความรู้สึกผิด (Guilt) สมาธิ (Concentration) และความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide) ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า สรุปได้ดังนี้

1. อารมณ์ มีอารมณ์ซึมเศร้า หดหู่ สิ้นหวังอยู่ตลอดเวลา หรือมีการร้องไห้ร่วมด้วย
 2. ความสนใจ จะขาดหรือลดความสนใจจากกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยสนใจทำ เช่น การเข้าสังคม งานอดิเรก การสังสรรค์ ความสนใจหรือความต้องการทางเพศ
 3. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป อยากอาหารลดลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลดแต่บางรายจะมีอาการน้ำหนักเพิ่มได้ หรือมีน้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงไปมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวภายในระยะเวลา 1 เดือน
 4. การนอนหลับ จะมีอาการนอนไม่หลับในตอนกลางคืน โดยพบบ่อยว่าจะตื่นเช้ากว่าปกติ แต่ในบางรายจะพบว่านอนมากกว่าปกติและกลางวันก็นอนมากด้วย
 5. การเคลื่อนไหว มีการเคลื่อนไหวช้า เฉื่อย แต่ในบางรายจะพบอาการกระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง หงุดหงิดง่าย
 6. พลังงาน มักจะรู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่กระฉับกระเฉง เฉยชา ตลอดวัน ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง หรือใช้เวลาในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าปกติถึงสองเท่า
 7. ความรู้สึกผิด มักจะบ่นว่าตำหนิตนเอง คิดว่าตนเองไม่ดี เป็นภาระของผู้อื่นหรือไร้ค่า มีความผิดที่ไม่น่าให้อภัย และรำพึงถึงความผิดพลาดเพียงเล็กน้อยในอดีต
 8. สมาธิ มีสมาธิเสีย พุดซ้ำ คิดซ้ำ ตอบซ้ำ การตัดสินใจบกพร่อง
 9. ความคิดฆ่าตัวตาย มีความคิดบ่อย ๆ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือการตาย พยายามฆ่าตัวตาย มีความรู้สึกว่าชีวิตไม่มีค่าพอที่จะอยู่ต่อ ต้องการที่จะตาย ซึ่งความคิดที่จะฆ่าตัวตายนี้ อาจจะเกิดขึ้นเพียง 1-2 นาที หรืออาจคิดย้อนกลับไปกลับมาประมาณ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
- จากอาการทั้งหมดที่กล่าวถึง ผู้ป่วยจะต้องมีอาการอย่างน้อย 5 อาการใน 9 อาการอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับอารมณ์ซึมเศร้า และเบื่อหรือหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ จึงจะวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า

นอกจากนี้ สมภพ เรืองตระกูล (2533, หน้า 102 อ้างถึงใน กนกศรี จาดเงิน, 2543) ยังกล่าวว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีอาการแตกต่างจากผู้ที่มีอายุน้อย ลักษณะอาการที่เด่นชัดคือ จะมีอาการไม่สบายทางกายมากในขณะที่ความผิดปกติของอารมณ์มีไม่มากหรือมีชัดเจน ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าจะมีอาการแสดง ดังนี้

1. มีความคิดว่าสุขภาพตนไม่ดี มีอาการที่ไม่สบายทางกายหลายอย่าง เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง สมอมนินชา ปวดศีรษะ ท้องอืดเฟ้อ แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน บางรายกังวลกลัวเป็นโรคทางกายที่ร้ายแรง
2. มีความรู้สึกไม่ร่าเริงหรือแจ่มใส
3. มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย

4. มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูก
5. นอนไม่หลับ มักตื่นตอนดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ
6. สมรรถภาพในการทำงานลดลง ร่วมกับอาการอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย
7. ความคิดเชิงซ้ำ สมองเสีย ลังเล ไม่มีความมั่นใจ
8. มีอาการพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย
9. มีความรู้สึกไร้คุณค่า ถูกทอดทิ้ง และท้อแท้สิ้นหวัง
10. มีความรู้สึกผิด ลงโทษตนเอง ในรายที่เป็นมาก จะมีอาการเบื่อชีวิต คิดอยากตาย
11. อาจเกิดร่วมกับโรคจิต จะมีอาการหลงผิดชนิดอื่นร่วมด้วย

สรุปบาย จุลกัทัพพะ (2540, หน้า 1200-1202 อ้างถึงใน กนกศรี จาดเงิน, 2543)

กล่าวว่า ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามักจะมีอาการวิตกกังวล (Anxiety) อาการทางกายต่าง ๆ (Somatic or Hypochondriacal Symptoms) ความจำไม่ดี (Difficulty with Memory) ปวดเรื้อรัง (Chronic Pain) ความจำเสื่อม (Dementia) ไม่ร่วมมือในการรักษา (Non-Compliance with Medication and Other Treatments) ไม่สนใจตนเอง (Self-Neglect) โดยผู้ป่วยในกลุ่มนี้ แม้จะไม่พูดถึงอารมณ์เศร้า แต่เมื่อถามถึงอาการต่าง ๆ ของภาวะซึมเศร้า เช่น นอนไม่หลับ ความสนใจเสีย ฯลฯ จะพบมีอาการเหล่านี้ร่วมด้วยเสมอ

จะเห็นได้ว่าลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้น มักจะเริ่มปรากฏอาการทางกายก่อน เช่น เหนื่อยไม่มีแรง อ่อนเพลีย ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เป็นต้น ซึ่งอาการดังกล่าวนี้จะเป็นผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการทางจิตใจ เช่น การมองตนเองในทางลบ การไม่มีสมาธิ ความพอใจในชีวิตลดลง ต่ำหนิตนเอง ท้อแท้สิ้นหวัง มีอารมณ์เศร้า และถ้าผู้สูงอายุเป็นมาก ๆ อาจทำให้เกิดอาการเบื่อชีวิต บางรายอาจถึงขั้นคิดฆ่าตัวตายได้

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่ไม่ธรรมดา เนื่องจากสามารถทำให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพ อาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ จะเห็นได้จากภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นทำให้มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุตามมา 9 ประการ ซึ่งแบ่งเป็นผลกระทบทางตรงและทางอ้อม ดังนี้ (Katz, 1996)

1. ผลกระทบทางตรง

1.1 ความสามารถในการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ลดลง ทำให้ไม่สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาในลักษณะที่ไม่เหมาะสม อาจมีการฆ่าตัวตายตามมา ซึ่งการฆ่าตัวตายนั้น ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ทำนายการฆ่าตัวตายได้ (Buckwalter, 1990 cited in McDougall, Bilixen, & Suen, 1997) มีการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายจะเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเสมอ

(Conwell & Brent, 1995 cited in McDougall et al., 1997) โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง ซึ่งมีถึงร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายทั้งหมด (Conwell, 1994 cited in Kurlowicz, 1997)

1.2 มีการหลงลืม มักพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จะเข้าสู่ระยะหลงลืมแบบในวัยผู้สูงอายุตอนปลายเร็วยิ่งขึ้นมากกว่าปกติ เพราะจะมีอาการแสดงที่สำคัญ คือ การสูญเสียความจำ

1.3 ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง สภาวะตึงเครียดทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นอันเป็นผลจากสารเคมีและจิตใจที่เปลี่ยนไปในช่วงที่เกิดซึมเศร้าขึ้น จะมีผลโดยตรงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันต่ำลง เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้ง่าย

2. ผลกระทบทางอ้อม

2.1 ขาดสารอาหาร เนื่องจากบุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีอาการที่สำคัญคือ ไม่มีความอยากรับประทานอาหารหรือมีการปฏิเสธการรับประทานอาหาร ซึ่งจะทำให้มีการขาดสารอาหารที่รุนแรง (Neese, 1991)

2.2 ความเจ็บป่วยรุนแรงยิ่งขึ้น หรือหายช้ากว่าปกติ เนื่องจากความสนใจในเรื่องต่าง ๆ ลดลง เช่น ไม่สนใจออกกำลังกาย ไม่สนใจในการดูแลตนเอง ไม่สนใจติดตามผลการรักษา อีกทั้งมีการปฏิเสธยาและผลการรักษา (Conwell, Cain, & Olsen, 1990 cited in Kurlowicz, 1997)

2.3 อุบัติเหตุ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลมีความตื่นตัวลดลง ทำให้ไม่สนใจ หรือสนใจต่อสิ่งรอบข้างลดน้อยลง

2.4 สภาพร่างกายทรุดโทรม เนื่องจากภาวะซึมเศร้าจะมีอาการคือการนอนไม่หลับ จึงทำให้ร่างกายเกิดความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าตามมา

2.5 สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากภาวะซึมเศร้านี้บุคคลมักแยกตัวเอง มองเห็นสิ่งต่าง ๆ ในแง่ร้ายหรือด้านลบ และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม จึงเป็นผลให้ไม่ยอมรับความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่าง ๆ จากบุคคลอื่น

2.6 ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เช่นความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน เป็นผลจากการขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิ และจากการที่ระดับความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่ลดลง ส่งผลย้อนกลับไปทำลายสถานภาพของบุคคล ความภาคภูมิใจ ซึ่งจะไปเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าให้มากยิ่งขึ้น

การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป้าหมายของการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือ ลดอาการของโรคซึมเศร้า ลดความเสี่ยงที่จะกลับมาเป็นมากขึ้น (Relapse) หรือกลับมาเป็นอีก

(Recurrent) เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา

ฮิปปีอุส (Hippius, 1974 cited in Fischbach, 1973) กล่าวว่าแผนการรักษาอารมณ์เศร้าเป็นแบบ "Multidimensional Therapy" โดยพิจารณาการให้การบำบัดรักษาทุก ๆ ด้านที่เรียกว่า Overall Treatment Programmes) มีหลักการรักษาอารมณ์เศร้าในปัจจุบัน คือ ชีวจิตสังคม (Psychobiosocial) ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

1. การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) มุ่งเน้นไปที่คุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) ของผู้ป่วย ลักษณะการทำจิตบำบัดเป็นแบบการทำจิตบำบัดตามอาการ (Supportive Psychotherapy) โดยเน้นว่าภาวะอารมณ์เศร้านั้นเป็นความผิดปกติที่สามารถรักษาให้หายได้ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยอารมณ์เศร้าส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness) หหมดหวัง (Hopelessness) และรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า

ผู้ป่วยอารมณ์เศร้าที่รับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลควรได้รับการบำบัดรักษาทั้งการบำบัดแบบรายบุคคล (Individual Psychotherapy) และการบำบัดเป็นกลุ่ม (Group Psychotherapy) และอาชีพบำบัด (Occupational Therapy)

2. การรักษาทางสังคม (Social Therapy) ที่นิยมกันในปัจจุบัน ได้แก่ นันทนาการบำบัด (Recreational Therapy) เพื่อช่วยในเรื่องการฟื้นฟู (Rehabilitation) ในด้านการกลับสู่สังคม (Resocialization)

3. กายภาพบำบัด (Physical Therapy) ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริหารร่างกาย การนวดร่างกาย

4. การรักษาอาการทางกาย (Somatic Treatment) แบ่งเป็น 2 ทางที่สำคัญ ดังนี้

- 4.1 การรักษาทางยา (Drug Treatment)

- 4.2 การรักษาด้วยการกระตุ้นให้ชักด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy: ECT)

การรักษาด้วยยาก็ถือว่ามีความสำคัญสูงสุด ได้แก่ ยาด้านอารมณ์เศร้า และยาอื่น ๆ แล้วแต่กรณี เช่น ยาด้านโรคจิต ยาคลายกังวล ยานอนหลับและยาที่ใช้ในการรักษาโรคทางกาย จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าในการรักษาอาการเศร้านั้นมีหลายวิธี แต่ละวิธีการใช้ขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุแต่ละคน การรักษาทางด้านจิตใจนั้นมีความสำคัญ

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นเรื่องที่ยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีอาการและอาการแสดงได้หลายมิติ (Multidimensional) (จันทิมา องค์โฆสิต และณรงค์ สุภัทรพันธ์, 2522 อ้างถึงใน ชูลีพร ศรีไชยวาน, 2542) มีการให้คำนิยามและสาเหตุของ

ภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน นอกจากนี้อาการที่แสดงให้เห็นเป็นลักษณะทั่ว ๆ ไปที่สามารถปรากฏได้ในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ได้ (Kranich, 1995) จึงมีบุคคลต่าง ๆ ได้สร้างเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าขึ้นมามากมาย ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้ (Greist & Greist, 1979; Greist & Jefferson, 1992; Jacoby, 1997; Kaplan, Fiedman, & Sandock, 1980 อ้างถึงใน ชูลีพร ศรีไชยวาน, 2542)

1. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีการสังเกต เป็นการวัดพฤติกรรมภายนอกซึ่งสังเกตและวัดได้ โดยมีการเลือกสังเกตพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ความถี่ของการเกิดพฤติกรรมนั้น และบันทึกไว้ ได้แก่ แบบวัดของครอนโฮล์ม-ฮอตโตสัน (Cronholm-Ottosson Scale) แบบสำรวจความซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression: HRS-D) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของราสกิน (Raskin Depression Scale) และ แบบวัดความซึมเศร้าของมอนโตโกเมอรี (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale: MNDRS)

2. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีการประเมินตนเอง ได้แก่ แบบประเมินความซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory :BDI) แบบวัดภาวะซึมเศร้าของซุง (Zung Self – Rating Depression Scale) แบบประเมินตนเองของวอล์คฟิลด์ (Walk Field Self-Assessment Inventory) แบบวัดความซึมเศร้าด้วยตนเองแบบซีอีเอสดี (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D Scale) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)

ภาวะซึมเศร้ามีเครื่องมือที่ใช้วัด แบ่งออกเป็น วัดเชิงปริมาณ (Quantitative Measurement) และวัดเชิงคุณภาพ (Qualitative Measurement) และมีการจัดแบ่งตามบุคลิกลักษณะ (Classification of Personality) (Lehman, 1994) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่นิยมใช้กับผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. Beck Depression Inventory (BDI) เป็นแบบประเมินที่เน้นการประเมินด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยการใช้ในตอนแรกจะมีคนสัมภาษณ์แล้วให้ผู้สูงอายุตอบ หลังจากนั้นผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกคำตอบในกระดาษคำถามเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาความผิดพลาดในการรายงานจากผู้สูงอายุ ต่อมาจึงให้ผู้สูงอายุตอบเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ

2. Zung Self-Rating Depression Scale เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ (Affect Disturbance) ด้านร่างกาย (Physiological Disturbance) ด้านระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของร่างกาย (Psychomotor Disturbance) และด้านจิตใจ (Psychological Disturbance) เดิมเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่นิยมนำไปใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ในระยะหลังแบบประเมินนี้ ไม่ค่อยได้รับความนิยมเนื่องจากไม่สามารถ

ประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ข้อดีของแบบประเมินนี้สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ

3. Zenssen Adjective Check List เป็นแบบประเมินที่มีความไวสูงต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ซึ่งเกิดขึ้นในระยะสั้น ๆ และแต่ละข้อจะไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่มีอยู่ได้อย่างละเอียดพอ มีข้อดีคือง่ายต่อการพิจารณาตัวเลือกต่าง ๆ ในการตอบ มีจำนวนข้อคำถาม 28 ข้อ ในแต่ละข้อมีคำตอบเพียง 2 ข้อ ซึ่งเป็นคำคุณศัพท์เกี่ยวกับความรู้สึกต่าง ๆ โดยผู้ตอบเลือกคุณศัพท์มาเพียงข้อเดียวให้ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด

4. Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D Scale) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน ปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner (Weissman et al., 1977; Radloff, 1977 cited in Fishcher & Corcoran, 1994 อ้างถึงใน ชูลีพร ศรีไชยวาน, 2542) ออกแบบมาเพื่อวัดอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชนเป็นการวัดอาการซึมเศร้าในแง่ของกลุ่มอาการในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 20 ข้อ ข้อจำกัดของแบบวัดนี้คือไม่สามารถแยกได้ว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลันโดยที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตหรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

5. แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) เป็นแบบวัดที่สร้างโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย มาประชุมร่วมกันเป็นเวลา 1 ปี (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2537) แบบวัดนี้ได้ใช้ต้นแบบของแบบทดสอบ Geriatric Depression Screening Scale – GDS ของ เยซาเวจ และคณะ (Yesavage et al., 1983) และอรรณพ สีทองเงิน (2535) ซึ่งได้แปลเป็นภาษาไทยโดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.94 เป็นหลัก ลักษณะของแบบวัดภาวะซึมเศร้านี้เป็นการตอบประเมินความรู้สึกของตัวเองในช่วงระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยการตอบข้อความว่า “ใช่” “ไม่ใช่” ใน 30 ข้อคำถามและในการให้คะแนนจะเป็นระบบได้คะแนน 0 หรือ 1 คะแนนในแต่ละคำถาม ลักษณะของคำถามจะเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 ถ้าตอบ “ ไม่ใช่ ” ในข้อความเหล่านี้จะได้คะแนนข้อละ 1 คะแนน

ส่วนข้อที่เหลืออีก 20 ข้อ เป็นข้อความเกี่ยวกับตนเองทางด้านลบ ซึ่งถ้าตอบว่า “ ใช่ ” จะได้คะแนนข้อละ 1 คะแนน

แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยนี้ทางกลุ่มคณะผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 – 70 ปี จำนวน 275 ราย ทั่วประเทศ จำแนกเป็นเพศชาย 121 ราย เพศหญิง 154 ราย ซึ่งผลของการรวบรวมและการวิเคราะห์พบว่าเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทดสอบแบบวัดภาวะซึมเศร้านี้ คือ 10.09 นาที (ค่าช่วงเวลาอยู่ระหว่าง 5 – 15 นาที) จากนั้นได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสูตร K-R 20 พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุเพศหญิงเท่ากับ 0.94 และผู้สูงอายุเพศชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.93 จึงสรุปได้ว่าแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทยฉบับนี้ (TGDS) มีความเชื่อมั่น และเชื่อถือได้

การกำหนดเกณฑ์ค่าคะแนนปกติของแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทยฉบับนี้ได้ใช้คะแนนเฉลี่ยรวมเป็นหลัก โดยกำหนดค่าปกติให้มีคะแนนได้ไม่เกินกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยรวมกับค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนั้นการที่จะนำแบบวัดภาวะซึมเศร้าฉบับนี้ (TGDS) ไปใช้จะต้องมีการกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

ค่าคะแนนปกติในคนไทยสูงอายุ เท่ากับ 0 – 12 คะแนน

ค่าคะแนนของผู้ที่มีความเศร้าเล็กน้อย เท่ากับ 13 – 18 คะแนน

ค่าคะแนนของผู้ที่มีความเศร้าปานกลาง เท่ากับ 19 – 24 คะแนน

ค่าคะแนนผู้ที่มีความเศร้ารุนแรง เท่ากับ 25 – 30 คะแนน

แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยฉบับนี้ (TGDS) เป็นแบบวัดที่มีความสะดวก เข้าใจง่าย ใช้เวลาในการทดสอบสั้น มีความเที่ยงตรงสูง และเหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของคนไทยเป็นอย่างดี (นิพนธ์ พงวรินทร์ และคณะ, 2537)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) ฉบับที่สร้างขึ้นโดย นิพนธ์ พงวรินทร์ และคณะ (2537) ซึ่งผ่านการวิเคราะห์คุณลักษณะ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือแล้ว เป็นแบบประเมินที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มประชากรโดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามแบบประเมิน ข้อดีของแบบวัดนี้คือเป็นแบบวัดที่มีความเข้าใจง่าย สะดวกในการนำไปใช้ ประหยัดเวลาและมีความเที่ยงตรงสูง

แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

“ความพึงพอใจในชีวิต” เป็นคำนามธรรมที่เกี่ยวข้องกับความหมายทางนามธรรมของคำว่า “คุณภาพชีวิต” ซึ่งแคมป์เบล (Campbell, 1976) กล่าวว่า แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเป็นมิติที่หลากหลายรูปแบบ โดยเน้นที่ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิด

ของเฟอร์แรนส์ และพาวเวอร์ (Ferrans & Powers, 1985) ที่อธิบายว่า คุณภาพชีวิตนับเป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคล ซึ่งความรู้สึกนี้เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในด้านต่าง ๆ ของชีวิตที่เป็นสิ่งที่สำคัญของบุคคล และสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ บุคคลจะมีความสำเร็จในชีวิตนั้นต้องประกอบด้วยหลักสำคัญ 2 ประการคือ ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลกับความพึงพอใจในบทบาททางสังคมของบุคคลนั้น หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Birren, 1964 cited in Ferrans & Powers, 1985)

ความหมายของความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตนั้น มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

แจ๊คเคิล (Jackle, 1974 อ้างถึงใน พวงผกา ชื่นแสงเนตร, 2538) อธิบายว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นความยินดีต่อชีวิตของแต่ละคนที่ได้รับจากการมีกิจกรรมประจำวัน ซึ่งเป็นสิ่งที่แต่ละคนรับรู้ชีวิตของเขา มีความหมายและสามารถที่จะพัฒนาชีวิตต่อไปได้ และตามความเห็นของตัวเองแล้ว เขารู้สึกพอใจในสภาพที่เป็นอยู่

แคมป์เบล (Campbell, 1976) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับความสุขสบายของแต่ละคน เปรียบเทียบความคิดเห็นของสถานการณ์ปัจจุบันที่เป็นอยู่ กับสถานการณ์ที่เขาจะเป็นหรือที่คาดหวัง ผลที่ได้รับจะเป็นความพอใจหรือไม่พอใจ

จอร์จ (George, 1981) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นรูปแบบแนวคิดที่เป็นผลสุดท้ายจากการที่ได้ประเมินสถานการณ์ชีวิตของตนต่อมาตรฐานบางอย่างที่อ้างอิงไว้

อุทุมพร จามรมาน (2528) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นการประเมินความรู้สึกของบุคคลต่อสภาพที่เป็นอยู่หรือเผชิญอยู่ ถ้ามีความรู้สึกที่ดีต่อกัน ชุมชน และสังคม ย่อมก่อให้เกิดความอยากมีชีวิตอยู่ ความอยากทำให้ชีวิตรื่นรมย์และมองชีวิตที่มีความสุข

ศิริวรรณ สิ้นไชย (2535) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจในชีวิตว่าเป็นความรู้สึกที่ดีต่อสภาพความเป็นอยู่และทำให้บุคคลรับรู้ชีวิตนี้มีความหมาย

จากการที่ได้กล่าวข้างต้นสามารถสรุปความหมายของความพึงพอใจในชีวิตได้ว่า เป็นการรับรู้ระดับความพอใจในสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง มีความสุขกับกิจกรรมประจำวันและมีความยินดีกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในชีวิต และเป็นการรับรู้ ตัดสินใจโดยตนเอง

จากทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow ' S Need) เชื่อว่าความพึงพอใจของมนุษย์จะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง และความต้องการนั้นจะเพิ่มระดับตามขั้นความต้องการ 5 ขั้น จากขั้นพื้นฐานสู่ระดับที่สูงขึ้น โดยที่ความต้องการขั้นพื้นฐานต้องได้รับการสนองอย่างเพียงพอก่อน จึงจะเกิดความต้องการในระดับที่สูงขึ้น ความต้องการ 5 ขั้นนั้น คือ

1. ความต้องการเพื่อการอยู่รอดของมนุษย์ เช่น ความต้องการอากาศ อาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่มที่อยู่อาศัย ยารักษาโรคและความต้องการทางเพศ
2. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย
3. ความต้องการความรัก ความเป็นเจ้าของ
4. ความต้องการการยอมรับนับถือ
5. ความต้องการที่จะบรรลุความสำเร็จสมหวังในชีวิต

ความพึงพอใจในชีวิตตามแนวทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow, 1970) แสดงให้เห็นว่าเป็นสิ่งที่ไม่คงที่แน่นอนสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ ขึ้นอยู่กับความต้องการในขณะนั้นของแต่ละบุคคลที่เป็นไปตามลำดับขั้น ตั้งแต่ระดับพื้นฐานไปจนถึงการต้องการความสำเร็จในชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการในระดับสูงสุดจากลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow) ได้แบ่งความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 5 องค์ประกอบ คือ

1. ทางกาย ได้แก่ ความต้องการเกี่ยวกับปัจจัย 4
2. ทางอารมณ์ ได้แก่ ความอยากสนุกสนาน ความรัก ความอบอุ่น และความต้องการความมั่นคงปลอดภัย
3. ทางสังคม เช่น ต้องการมีหน้ามีตา
4. ทางความคิด ต้องการหาวิธีป้องกันแก้ไขปัญหาดตนเอง
5. ทางจิตใจ ต้องการมีคุณค่า

ดังนั้น ความพึงพอใจในชีวิตของมนุษย์ นำที่จะประกอบไปด้วย 5 ด้านนี้เช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตของแคมป์เบล (Campbell, 1976) ที่ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของนิวการ์เดน (Neugarten) มาใช้โดยแบ่งหมวดหมู่การวัดออกเป็น 5 องค์ประกอบ คือ

1. ด้านร่างกายและองค์ประกอบในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การมีสุขภาพดี
2. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น คู่สมรส บุตรหลาน เพื่อนสนิท
3. กิจกรรมในสังคม เช่น การให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น ๆ
4. การพัฒนาตนเอง และความสมหวังในการทำงาน เช่น มีการริเริ่มสร้างสรรค์
5. การพักผ่อนหย่อนใจ เช่น การได้รับสิ่งบันเทิง

อย่างไรก็ตาม ความพึงพอใจในชีวิตเป็นแนวคิดที่กว้าง ๆ ได้ถูกให้คำอธิบายไปหลากหลาย และมีเครื่องมือที่ใช้วัดแตกต่างกันออกไป แต่ที่ได้รับความนิยมอย่างสูงในการนำมา

วัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ คือ เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาโดย นิวการ์เตน (Neugarten, 1964) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่วัดในหลาย ๆ ด้าน ที่สามารถสะท้อนถึงภาวะซับซ้อนของความสมบูรณ์ทางจิตใจ โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1. ความสนุกที่ต่อสู้กับความเบื่อหน่ายในชีวิต (Zest Versus Apathy) หมายถึง ระดับของการเข้าสู่กิจกรรม ทั้งที่ทำร่วมกับผู้อื่นหรือแม้กระทั่งทางความคิด
2. ความมั่นคงและอดทนต่อชีวิต (Resolution and Fortitude) หมายถึง ความสามารถในการรับมือกับชีวิตของตนเอง
3. ความลงรอย (Congruence) หมายถึง ระดับของเป้าหมายที่คาดหวังและสิ่งที่ได้รับจริงในชีวิต
4. อัตตมโนทัศน์ (Self Concept) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับตนเองในเรื่องร่างกาย จิตใจ และสังคม
5. ระดับอารมณ์ (Mood Tone) หมายถึง การมีทัศนคติที่ดีต่อสภาวะปัจจุบันและรู้สึกมีความสุข

นอกจากนั้นได้มีการวัดระดับความพึงพอใจในชีวิต โดยแบ่งหมวดหมู่ของความพึงพอใจแตกต่างกันออกไป เช่น พอยทรีนาวด์ (Poitrenaud, 1980 อ้างถึงใน พวงผกา ชื่นแสงเนตร, 2538) ได้แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ

1. ชีวิตการทำงานบุคคลต้องมีความพอใจในงาน มีความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
2. ความรู้สึกทางอารมณ์ เช่น มีความพอใจในเรื่องของความรัก
3. ชีวิตครอบครัว หมายถึง มีความพอใจในความสัมพันธ์ของตนกับคู่ชีวิตและญาติสนิท
4. ชีวิตสังคม มีความพอใจกับกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม
5. การใช้เวลาว่าง มีความพอใจกับกิจกรรมต่าง ๆ ที่สนใจ เช่น วานอดิเรก

เฟอร์แรน และพาวเวอร์ (Ferrans & Powers, 1985) ได้สร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่ประกอบด้วย 2 หมวด คือ ความพอใจ (Domain Satisfaction) และความสำคัญ (Domain Importance) โดยให้แต่ละหมวดประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ด้านสุขภาพและหน้าที่ ได้แก่ สุขภาพ การดูแลสุขภาพ ควรรับมือกับครอบครัว เป็นต้น
2. ด้านเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ เพื่อน การสนับสนุนทางจิตใจ การเงิน
3. ด้านจิตใจ ได้แก่ ความสงบสุขของจิตใจ ความพอใจ จุดมุ่งหมายในชีวิต

4. ด้านครอบครัว ได้แก่ สุขภาพของสมาชิกในครอบครัว สุขภาพในครอบครัว

สรุปแล้วความพึงพอใจในชีวิต คือ ความรู้สึกที่ดีที่มีต่อสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความต้องการในขณะนั้น ๆ ของบุคคล ซึ่งผู้ที่อยู่ในวัยต่างกันมักจะมี ความต้องการหรือความใส่ใจในเรื่องต่าง ๆ แตกต่างกัน ดังนั้นในการที่จะเลือกแนวคิดมาใช้วัด ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลแต่ละวัย ต้องมีการเลือกที่เหมาะสม สำหรับความพึงพอใจใน ชีวิตของผู้สูงอายุแนวคิดของ Neugarten จะเหมาะสมมากที่สุด เนื่องจากให้ความสำคัญกับ สุขภาพในการดำเนินชีวิตปัจจุบัน การเห็นคุณค่าชีวิตของตน สามารถยืนหยัดต่อสู้ปัญหาหนัก ๆ ในชีวิตได้ โดยมองปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ชีวิตและมีอารมณ์ดีไม่รู้สึกเศร้าหรือว่าเหว่ ตามแนวคิดความพึงพอใจในชีวิตของ Neugarten นี้มีส่วนที่ใกล้เคียงกับมิลเลอร์ และคณะ (Miller et al., 1986 cited in Miller, 1989) ที่กล่าวถึงผู้สูงอายุที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพสมบูรณ์ และ เข้มแข็งต้องมียอดประกอบดังนี้

1. มองโลกในแง่ดี และมีความพึงพอใจในชีวิต
2. มีความรัก คือ พร้อมที่จะให้และรับความรักจากผู้อื่น
3. มีความศรัทธาในสิ่งที่ถูกต้องและแน่นอน
4. มีอารมณ์ขัน
5. มีความยึดมั่นในตนเองในทางที่เหมาะสม
- 6.ให้อำนาจแก่ตนเอง
7. มีการจัดการกับความเครียด
8. มีสัมพันธ์กับสังคม

องค์ประกอบที่กล่าวถึง จะช่วยให้บุคคลมีพลังชีวิตที่จะต่อสู้กับสภาพการณ์ที่ไม่พึงประสงค์โดยเฉพาะความรัก ความศรัทธา ความรักจะช่วยให้การต่อต้านการบาดหมางกับผู้อื่น การติเตียนตนเองและความสิ้นหวัง ส่วนความศรัทธา จะช่วยทำให้ความกลัวและความหวาดหวั่นในชีวิตลดน้อยลง องค์ประกอบทั้ง 2 ประการนี้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคง และอดทนต่อชีวิตมากขึ้น ตลอดจนมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมซึ่งจะนำไปสู่การมี อารมณ์ที่ดี ดังแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของ Neugarten

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิต

มารศรี นุชแสงพลี (2532) ได้แบ่งปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิต ของผู้สูงอายุไว้ 3 ด้าน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ ทางสังคม ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ระดับการศึกษา การมีงานอดิเรก และสุขภาพ

1.1 ระดับการศึกษา (Level of Education) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตเพราะระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อชนิตของอาชีพ ระดับรายได้ สุขภาพ ค่านิยม รสนิยม ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-Concept) และทัศนคติต่อการศึกษานในอนาคต

ในปี 1974 The National Council on the Aging (NCOA) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาของผู้สูงอายุโดยแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามระดับการศึกษาที่ได้รับ คือ 0-12 รวม 12 ปี และอีก 4 ปีในวิทยาลัย พบว่า มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการศึกษาสูงสุดกับกลุ่มที่ได้รับการศึกษาต่ำสุดในเรื่องของการใช้เวลาว่าง กล่าวคือ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรม ทำงานอดิเรก เล่นกีฬา เป็นสมาชิกชมรมทำกิจกรรมทางการเมือง วนอาสาสมัครหรืออ่านหนังสือ ส่วนกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำจะใช้เวลาว่างนอนดูโทรทัศน์ หรือไม่ทำอะไรเลย

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีรายได้สูงที่สุด และมีอาชีพทางด้านที่ต้องใช้วิชาชีพและการจัดการ (Professional and Managerial Occupations) ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีอาชีพทางการเกษตร การบริการและอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน

ระดับการศึกษายังมีความสัมพันธ์กับปัญหาส่วนบุคคลด้วย คือ พวกที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีปัญหาส่วนตัวน้อยกว่าที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งมักจะมีปัญหาขาดเพื่อน รู้สึกว่าตนเองไม่เป็นที่ต้องการ กลัวอาชญากรรม มีเงินไม่พอ การศึกษาไม่สูง สุขภาพไม่ดี

คนที่มีระดับการศึกษาสูงจะมองด้านดีของการสูงอายุว่าเป็นการมีเวลาว่างเพิ่มขึ้น มีอิสระจากหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ มีอิสระทางการเงิน ส่วนคนที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมองด้านที่ไม่ดีของความสูงอายุไม่แตกต่างกันมากนัก คือ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงจะมองปัญหาทางการเงิน ความว่างเปล่า การถูกปฏิเสธและถูกบังคับให้เกษียณ ส่วนกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำจะคิดถึงปัญหาด้านสุขภาพ ความน่าเบื่อและความกลัวตาย

จากการศึกษาของ NCOA ที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีตำแหน่งหน้าที่การงานดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำและผู้ที่มีอาชีพที่มั่นคงย่อมมีรายได้ที่แน่นอนสามารถเก็บออมในยามสูงอายุ และยังคงมีรายได้จากเงินบำนาญหลังจากเกษียณ ระดับการศึกษาจึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

1.2 การมีงานอดิเรก (Hobby) หมายถึง วิธีทางในการใช้เวลาทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ นอกเหนือไปจากหน้าที่การงานประจำ หรือเป็นกิจกรรมที่ทำในเวลาว่างเช่น เลี้ยงสัตว์ ปลูกต้นไม้ เป็นต้น

นักทฤษฎีกิจกรรมเชื่อว่า ผู้สูงอายุทั่วไปพยายามรักษากิจกรรมและทักษะของคนวัยกลางคนไว้ให้นานที่สุด บทบาทและกิจกรรมใด ๆ ก็ตามที่บุคคลถูกผลักดันให้เลิกกระทำจะต้องมีกิจกรรมใหม่ขึ้นมาทดแทน ทฤษฎีนี้ทำนายว่าบุคคลที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองดี (Self-Image) และมีการบูรณาการรวมหน่วยของสังคม (Social Intergration) บุคคลเหล่านี้จะเป็นคนสูงอายุที่ประสบความสำเร็จในชีวิต

1.3 สุขภาพ (Health) บุคคลที่มีสุขภาพไม่ดี มีโรคภัยไข้เจ็บ นอกจากจะทำให้ทุกข์ทรมานกับโรคภัยแล้ว ก็ยังสามารถทำให้กิจกรรมต่าง ๆ ไม่ได้ตามปกติด้วย สุขภาพจึงมีความสำคัญกับคนทุกคน บุคคลเมื่ออายุมากขึ้นปัญหาที่มีกับผู้สูงอายุ คือ สุขภาพทรุดโทรมลง ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะได้รับโรคภัยไข้เจ็บได้ง่ายขึ้นซึ่งโดยปกติ ร่างกายจะมีลักษณะที่ไม่เจริญเติบโตแล้วอาจมีโรคประจำตัว หรือโรคที่รักษาให้หายได้ซ้ำโรคต่าง ๆ จะก่อให้เกิดการไร้สมรรถภาพและขาดความสามารถ ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่น ก่อให้เกิดปัญหาตามมาและทำให้ความพึงพอใจในชีวิตต่ำลง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุบางกลุ่มให้ความสำคัญกับสุขภาพอนามัยของตนเช่นการศึกษาของปาลมอร์ และคิเวลท์ (Palmore & Kivelt, 1977) พบว่า ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 25 ที่สนใจจะรับประทานอาหาร ร้อยละ 20 สนใจออกกำลังกายและเล่นกีฬา แต่ในจำนวนนี้กลุ่มผู้หญิงปฏิบัติเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ร้อยละ 25 หลีกเลี่ยงการใช้กำลังมากเกินไป ร้อยละ 10 รับประทานยาบำรุงสุขภาพและผู้สูงอายุที่เหลือไม่ได้สนใจสิ่งเหล่านี้

ปาลมอร์ และคิเวลท์ (Palmore & Kivelt, 1977) กล่าวว่า “บุคคลที่มีสุขภาพไม่ดีในเชิงวัตถุวิสัยอาจมีความพึงพอใจสูงถ้าเขาเชื่อว่าสุขภาพของเขาดี และในทำนองเดียวกันบุคคลที่มีสุขภาพดีอาจมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ถ้าเขาเชื่อว่าสุขภาพเขาไม่ดี” ดังนั้นสุขภาพเป็นตัวทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ดี โดยเฉพาะการที่ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพโดยตนเอง

นอกจากนี้สุขภาพยังมีความสัมพันธ์กับระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ เพราะถ้าผู้สูงอายุมีสภาพทางร่างกายที่อ่อนแอมีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ก็จำเป็นต้องยอมรับความช่วยเหลือจากลูก ๆ ซึ่งอาจจะทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำได้ ซึ่งการพึ่งพิงเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่น่ากลัวสำหรับผู้สูงอายุ คือ ต้องเปลี่ยนบทบาทของผู้ที่มีอิสระมาเป็นผู้ต้องพึ่งพิง ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ยากจะยอมรับทำให้เกิดความรู้สึกอับอายคิดว่าตนเอง

เป็นตัวปัญหา หรือเป็นการให้แก่อื่นและไม่สามารถร่วมในกิจกรรมได้ ทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ

2. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เคยมีรายได้จากการทำงาน เมื่อไม่ได้ทำงานหรือเกษียณแล้วรายได้จะลดลง ซึ่งรายได้นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของตนในสังคมปัจจุบันที่จะตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นบ้านที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง การซื้อหาอุปโภคบริโภคเพื่อความสะดวกและความสุขของตน และยังเป็นปัจจัยตัวหนึ่งในการทำกิจกรรม เนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรม การมีงานอดิเรกหรือการใช้เวลาว่างของผู้สูงอายุ บางครั้งต้องอาศัยเงินเป็นปัจจัยที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุ ได้มีโอกาสทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต

ชัทไฟว์ (Chatfield, 1977 cited in Palmore & Kivelt, 1977) ศึกษาความสำคัญของความพึงพอใจในชีวิตกับตัวแปรทางเศรษฐกิจและสังคมวิทยา จากตัวอย่าง 2,500 คน พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตที่ต่ำของผู้สูงอายุนั้นเป็นผลเบื้องต้นจากรายได้ที่ต่ำ ซึ่งสัมพันธ์กับการออกจากงาน การสูญเสียบทบาทที่เคยกระทำนอกจากนั้นยังพบว่า รายได้มีผลต่อความสัมพันธ์ภายในบ้านซึ่งมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต และพบว่ารายได้สูงมีผลต่อการลดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย

เมื่อผู้สูงอายุมีรายได้ด้านนอกจากจะมีผลกระทบต่อสุขภาพแล้ว ยังมีผลทำให้การติดต่อกับสัมพันธ์กับเพื่อนและเพื่อนบ้านต้องถูกจำกัดตามไปด้วยยกเว้นคือ หลังจากเป็นหม้ายหรือเกษียณผู้สูงอายุต้องการความสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งขาดซึ่งในตัวเอง มีความต้องการและสนใจร่วมกัน แต่ในความสัมพันธ์กับผู้อื่น บางครั้งต้องอาศัยเงินเป็นปัจจัย เพราะมีทรัพยากรขึ้นอยู่กับ การแลกเปลี่ยนทางสังคมด้วยความสมัครใจระหว่างผู้ที่เท่าเทียมกัน

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจนี้ รายได้อย่างเดียวไม่สามารถทำนายความพึงพอใจของผู้สูงอายุได้ชัดเจน เนื่องจากรายได้ที่ผู้สูงอายุได้รับต่อเดือนนั้น แต่ละบุคคลอาจจะใช้จ่ายแตกต่างกันในจำนวนเงินเท่ากัน บางคนอาจไม่พอใช้แต่บางคนอาจเหลือใช้ก็ได้ ดังนั้นฐานะทางเศรษฐกิจที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินเองจะเป็นตัวทำนายความพึงพอใจได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจากสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงานประกอบอาชีพดังเช่นวัยที่ผ่านมา หรือจากการกำหนดของสังคมให้ต้องเกษียณ ทำให้ผู้สูงอายุต้องสูญเสียบทบาทการทำงาน จึงเปลี่ยนจุดสนใจไปยังครอบครัวหาบทบาทใหม่ให้กับตนเอง ปาลมอร์ ได้กล่าวว่า “เมื่อบุคคลได้สูญเสียกิจกรรมทางสังคมไปอย่างหนึ่ง เขาจะเพิ่มกิจกรรมในเครือข่ายสังคมอื่นขึ้นมาแทน” (Ferrans & Powers, 1985) ผลการศึกษาของนิศา ชูโต (2527) พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่มีลูก ๆ หลาน ๆ

หรือญาติพี่น้องร่วมกัน ผู้สูงอายุเหล่านั้นมีบทบาทในการให้คำปรึกษา แนะนำและช่วยเหลือเด็ก ๆ ในบ้าน อีกแง่มุมหนึ่งบุตรหลานในครอบครัวสามารถเป็นที่พึ่งทางด้านเศรษฐกิจ และกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุด้วย ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการความรักความเอาใจใส่จากครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงจากปัญหาสุขภาพ การที่คู่สมรสหรือบุตรหลานเป็นผู้ดูแลทุกข์สุขคอยช่วยเหลือหรือให้ความเคารพนับถือ ยกย่อง ให้ความสำคัญทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีความหมายแก่ครอบครัว ดังนั้นความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัวจึงกล่าวได้ว่า มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ จากการวิจัยของ เขมิกา ยามะรัต (2527 อ้างถึงใน เซอร์ ทองเพ็ญ, 2537) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อครอบครัว มีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกับครอบครัวแต่มีความสัมพันธ์กันไม่ดี

นอกจากความสัมพันธ์ภายในครอบครัวแล้ว ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลภายนอกก็มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตเช่นเดียวกัน ญาติหรือเพื่อนที่มีความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีความหวังดีให้ความช่วยเหลือเห็นอกเห็นใจ และสามารถปรับทุกข์กันได้ นับว่าเป็นสิ่งที่ช่วยต่อสู้กับความรู้สึกปวดร้าว ที่เกิดจากการสูญเสียสถานภาพทางสังคมเดิมหรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Lowenthal & Haven, n.d. cited in Ferrans & Powers, 1985) รูปแบบความสัมพันธ์ดังกล่าว นำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมากโดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีบุตรหลาน เบอร์กแมน (Bergman, n.d. cited in Miller, 1989) ได้ทำการติดตามศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 7,000 คน เป็นเวลา 10 ปี พบว่า ผู้สูงอายุที่แยกตัวออกจากสังคมมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมถึง 2.5 เท่า และเขากล่าวเพิ่มเติมว่า การมีเพื่อนสนิทสามารถเป็นพลังที่จะช่วยป้องกันผลพวงจากเหตุการณ์เลวร้ายต่าง ๆ โดยที่ไม่จำเป็นต้องอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว การที่ผู้สูงอายุแยกตัวออกจากสังคม ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว่ หรือรู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดต่ำลงได้ จากการศึกษาของนิศา ชูโต (2527) พบว่า ปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ประการหนึ่ง คือ ขาดเพื่อนรุ่นเดียวกันทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและผู้สูงอายุบางคนระบุว่าสังคมเพื่อน เพื่อนบ้านหรือคนที่รู้จักชอบพอบเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิตของตนเอง

ผู้สูงอายุสามารถได้รับความช่วยเหลือ ความอบอุ่นใจ ความรัก และสนใจจากทั้งบุคคลในครอบครัว และบุคคลในสังคม ซึ่งบุคคลเหล่านี้เปรียบเสมือนโยงใยสนับสนุนทางสังคม (Social Net Work Support) ที่ช่วยประคับประคองสภาพจิตใจของผู้สูงอายุช่วยยกระดับคุณค่าชีวิต (Self-Esteem) ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Confidence) และช่วยรักษาดุลย์ของจิตใจและอารมณ์ ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต (Miller, 1989)

การประเมินความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

การประเมินระดับความพึงพอใจในชีวิตนั้น นักวิชาการหลายคนได้สร้างเครื่องมือเพื่อวัดความพึงพอใจในชีวิต และความพึงพอใจในชีวิตนั้นได้ถูกนำมาใช้ในการวิจัยคุณภาพชีวิตอย่างกว้างขวาง ในการประเมินด้านความพึงพอใจในชีวิตสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่มอายุ ผู้วิจัยควรเลือกความพึงพอใจในชีวิตเป็นมิติแรกที่สุดที่ดูเหมือนจะเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตทางนามธรรมที่สำคัญมากที่สุด (Ferrans & Powers, 1985) เครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจมีมาก และมีความหมายแตกต่างกัน การนำเครื่องมือมาใช้นั้นขึ้นอยู่กับปัญหา วัตถุประสงค์ รูปแบบของการวิจัย กลุ่มประชากร โดยต้องพิจารณาให้เหมาะสมถึงความเป็นไปได้ สำหรับในผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจในชีวิตที่มีความเหมาะสมและสามารถวัดได้โดยตรง คือ เครื่องมือของนิวการ์เดน (Neugarten, 1964) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเครื่องมือได้ครอบคลุมองค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิต 5 ด้าน ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านความเรงร่าในชีวิต หมายถึง การที่บุคคลทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างรู้สึกเรงร่า
2. องค์ประกอบด้านความตั้งใจและอดทนต่อชีวิต หมายถึง การทำให้ชีวิตมีความหมาย ยอมรับปัญหา ยินยอมที่จะต่อสู้กับปัญหาด้วยความตั้งใจจริง
3. องค์ประกอบด้านความสอดคล้องระหว่างความต้องการและสัมฤทธิ์ผล หมายถึง การที่บุคคลสามารถประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้
4. องค์ประกอบด้านอัตตมโนทัศน์ หมายถึง การมองตนเองในทางที่ดี
5. องค์ประกอบด้านอารมณ์ หมายถึง การดำรงไว้ซึ่งความสุขและการมีทัศนคติที่ดี และมีอารมณ์ดี

นิวการ์เดน (Neugarten, 1961) ได้ทำการสร้างเครื่องมือ โดยแยกเป็นเครื่องมือ 3 ชุด คือ

เครื่องมือชุดที่ 1 การให้คะแนนความพึงพอใจในชีวิต (The Life Satisfaction Ratings หรือ LSR) ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 5 ช่วงคะแนน เป็นการสัมภาษณ์ด้วยข้อความเกี่ยวกับองค์ประกอบทั้งห้าด้าน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ

เครื่องมือชุดที่ 2 ดัชนีเป็นตัวบ่งชี้ถึงความพึงพอใจในชีวิตชนิด A (Life Satisfaction Index A หรือ LSIA) ประกอบด้วย 20 หัวข้อ ด้านความคิดเห็นที่ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 5 ซึ่งมีคำตอบว่า เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ ซึ่ง อาดัม (Adam, 1969) ได้นำเครื่องมือชุดนี้มาวิเคราะห์ปัจจัยองค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิต สรุปผลดังนี้

1. องค์ประกอบทางด้านอารมณ์ ประกอบด้วย 6 หัวข้อเกี่ยวกับ ความรู้สึกหรือความสุขพึงพอใจในชีวิตประจำวัน ไม่คิดว่าเป็นช่วงเวลาที่น่าเบื่อหน่ายแต่เป็นช่วงเวลาที่ดีที่สุดของชีวิต ไม่มีความเบื่อหน่ายท้อถอยในการทำสิ่งใด ๆ

2. องค์ประกอบทางด้านความร่าเริงในชีวิต ประกอบด้วย 6 หัวข้อเกี่ยวกับความสนใจกระตือรือร้นและการวางแผนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และการคาดหวังสิ่งที่จะกระทำในอนาคต นั้นจะสร้างความสุขให้ตนเอง การมองภาพลักษณ์ของตนเองในทางที่ดี ยอมรับความมีอายุมากขึ้นของตนโดยมีสุขภาพที่แข็งแรงไม่ค่อยอ่อนแอ

3. องค์ประกอบทางด้านความสอดคล้องระหว่างความต้องการและสัมฤทธิ์ผล ประกอบด้วย 3 หัวข้อเกี่ยวกับ การพึงพอใจในชีวิตในอดีตที่ผ่านมา โดยไม่คิดจะเปลี่ยนแปลง และการมีความรู้สึกกว่าตนเองได้รับสิ่งที่ตั้งามในชีวิตมากกว่าที่คาดหวังไว้

4. องค์ประกอบด้านความตั้งใจและอดทนในชีวิต ประกอบด้วย 3 หัวข้อเกี่ยวกับการได้รับการตอบสนองความต้องการของตนที่ผ่านมาในอดีต ความตั้งใจอดทนสร้างสิ่งที่ดีขึ้นต่อชีวิตการต่อสู้ในชีวิตตน

และที่เหลืออีก 2 หัวข้อ นั้น Adam กล่าวว่า มิได้สอดคล้องกับองค์ประกอบใด ๆ แต่ก็ยังคงเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือสำหรับวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้อความเกี่ยวกับการคิดว่าตนเองตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ผิดพลาด ความรู้สึกกว่าความชราขึ้นของตนไม่ได้สร้างความรำคาญให้กับตน

เครื่องมือชุดที่ 3 ดัชนีบ่งชี้ความพึงพอใจในชีวิต ชนิด B (Life Satisfaction Index B หรือ LSIB) ประกอบด้วย 12 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด โดยให้เลือกคำตอบ 3 ตัวเลือก

แบบทดสอบวัดความพึงพอใจในชีวิต Life Satisfaction Index A (LSIA) เป็นแบบวัดที่ศรีเวื่อน แก้วกังวาล (2533) ได้แปล เรียบเรียงเป็นภาษาไทยและดัดแปลงเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย โดยใช้ต้นแบบของแบบทดสอบ LSIA ที่สร้างขึ้นโดย นิวการ์เตน (Neugarten, 1961) แห่งมหาวิทยาลัยชิคาโก เป็นแบบทดสอบที่นักวิชาการทางชราวิทยา (Gerontology) และผู้เชี่ยวชาญทางแบบทดสอบและการวัดผล (Test and Measurement) วิจารณ์ว่าเป็นแบบทดสอบวัดความพึงพอใจในชีวิตที่มีผู้นิยมใช้มากกว่าแบบทดสอบอื่น ๆ (George, 1981; Beaton, 1980) เพราะแบบทดสอบนี้เป็นแบบทดสอบที่ใช่ง่าย ใช้เวลาน้อย มีจำนวนถ้อยกระทงไม่มากนัก เหมาะสมกับช่วงความสนใจ (Attention Span) ของผู้สูงวัย แบบทดสอบ LSIA นี้มีทั้งหมด 18 ข้อ ฉบับเดิมของนิวการ์เตน มีตัวเลือก 2 ตัว คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย แต่ได้นำมาขยายตัวเลือกเป็นแบบ Likert Type 5 Scale คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่ตัดสินใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง

โดยให้คะแนนด้านบวก 5 ด้านลบ 1 และเรียงคะแนน 4 3 2 ตามลำดับความเป็นบวก – ลบ การขยาย Scale ออกไปนั้นเพื่อให้การวัดมีความละเอียดเพิ่มขึ้น ในการแปลคำถามจากฉบับภาษาอังกฤษนั้น ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญทางภาษาตรวจสอบความแม่นยำตรงของการแปล อังกฤษเป็นไทย และไทยเป็นอังกฤษ แล้วนำไปทดลองและนำมาแก้ไขภาษาให้เป็นภาษาที่ง่าย สามารถสื่อกับผู้สูงอายุได้ทุกระดับการศึกษา แบบทดสอบ LSIA ฉบับภาษาไทยนี้ได้หาค่า Reliability ของคนไทย โดยใช้สูตร KR- 21 ได้ค่า 0.86 ($n = 150$) สำหรับค่า Validity ของแบบทดสอบนี้มีผู้ทำการศึกษาหลายท่าน อาทิ ลอร์ตัน (Lawton, 1972 cited in Lehman, 1994) รายงาน LSIA มีค่าสหสัมพันธ์ที่ 0.57 กับค่า Philadelphia Geriatric Center Morale Scale และลอแมน (Lehman, 1994) รายงานว่า LSIA มีค่าสหสัมพันธ์ที่ 0.94 กับ Life Satisfaction Index Z (LSIZ) เป็นต้น และในการนำแบบทดสอบ LSIA ไปใช้ในการวิจัยต่าง ๆ ได้ใช้ชื่อแบบทดสอบว่า “การมองตนเองในปัจจุบัน” แทนที่จะใช้ชื่อ “แบบทดสอบวัดความพึงพอใจในชีวิต” เพราะต้องการให้ผู้ตอบแบบสอบถามโดยเฉพาะผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ไม่ต้องระแวงตัวในการตอบแบบสอบถามมากเกินไป

แนวคิดเกี่ยวกับการระลึกถึงความหลัง (Reminiscence)

ความหมายของการระลึกถึงความหลัง

พจนานุกรมเว็บสเตอร์ (Webster's Ninth New Collegiate Dictionary, 1985 cited in Burnside & Haight, 1994) ได้อธิบายความหมายของการระลึกถึงความหลังไว้ดังนี้

1. การระลึกถึงความหลัง หมายถึง การเรียกความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์ หรือความเป็นจริง ที่ลืมนานกลับมามี (Recall to Mind of a Long – Forgotten Experience or Fact) หรือกระบวนการในการคิดหรือบอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมา (The Process or Practice of Thinking or Telling about that Experience)
 2. การระลึกถึงความหลัง หมายถึง การระลึกถึงประสบการณ์ที่ผ่านมา (A Remembered Experience) หรือ การระลึกถึงประสบการณ์ที่ไม่เคยลืม (An Account of a Memorable Experience often Used in Plural)
 3. การระลึกถึงความหลัง หมายถึง บางสิ่งบางอย่างที่อยู่ภายใต้จิตสำนึก (Something So Like Another as to be Regarded as an Unconscious Repetition, Imitation or Survival) และยังมีผู้ที่ให้ความหมายของการระลึกถึงความหลัง ดังนี้
- คิง (King, 1981) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลัง เป็นความทรงจำในอดีตที่ซึมผ่านกาลเวลาและมีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Snyder, 1998)

เบิร์นไซด์ (Burnside, 1994) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลังเป็นพฤติกรรมหรือกระบวนการเรียกความทรงจำในอดีตที่เกิดจากการคิดคำนึงเฉย ๆ เจียบ ๆ คนเดียว การพูดจาออกมา จากทฤษฎีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น อาจเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติหรือมีรูปแบบ (Bulechek & McCloskey, 1999)

โควาคช (Kovach, 1991) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลัง เป็นกระบวนการทางความคิดในการเรียกเหตุการณ์ในอดีตซึ่งสัมพันธ์กับการรับรู้พื้นฐานของความจริง (Snyder, 1998)

สาลิกา ไควบุญงาม (2533) ให้ความหมายว่า เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่ผ่านมามีในอดีตที่อาจแสดงออกได้หลายทาง เช่น ทางความรู้สึกนึกคิดหรือแสดงออกทางถ้อยภาษา จากความหมายทั้งหมดที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า การระลึกถึงความหลัง หมายถึง กระบวนการความคิดในการเรียกเหตุการณ์ในอดีต เกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ เช่น การพูดบอกเล่าผู้อื่น การเขียนเล่าด้วยตัวหนังสือ การนั่งคิดเหตุการณ์ในอดีตเจียบ ๆ คนเดียว การไปเยี่ยมผู้ที่คุ้นเคย ฯลฯ ซึ่งมีทั้งที่ประกอบด้วยสาระและแบบมีจุดหมายที่แน่นอน (มีรูปแบบ) และแบบไร้สาระและจุดหมาย (ตามธรรมชาติ) และในการระลึกถึงความหลังนี้จะมีขั้นตอนและเป้าหมายของการกระทำ

แนวคิดที่เกี่ยวกับการระลึกถึงความหลัง

การระลึกถึงความหลัง มีรากฐานมาจากทฤษฎีการทบทวนชีวิต ซึ่งบัทเลอร์ (Butler, 1963 cite in Burnside, 1994) เป็นคนเสนอแนวคิดนี้ เนื่องจากแนวคิดการระลึกถึงความหลังมีความคล้ายคลึงกับการ ทบทวนชีวิตและไม่มีความชัดเจน จึงทำให้มีความสับสนในการนำมาใช้เพื่อความสะดวก ในการนำไปใช้ เบิร์นไซด์ (Burnside, 1983; Hamillton, 1992) จึงได้อธิบายคุณลักษณะของการทบทวนชีวิตและการระลึกถึงความหลัง ดังนี้

ลักษณะของการทบทวนชีวิต

1. การทบทวนชีวิต จะทำได้โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการทำจิตวิเคราะห์หรือผู้ที่ผ่านการฝึกฝนเฉพาะทางในสาขาผู้สูงอายุ
2. การทบทวนชีวิตมีพื้นฐานการบำบัดเป็นจิตวิเคราะห์
3. การทบทวนชีวิตเป็นเรื่องที่เข้าใจยากกว่าการระลึกถึงความหลัง
4. การทบทวนชีวิตอาจจะทำได้ในผู้ที่ได้รับการบำบัดรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้นถ้าผู้รับการบำบัดมีความรู้สึกผิด ขมขื่น และอาจมีความคับข้องใจ
5. หัวข้อสนทนาของการทบทวนชีวิตคือ การมุ่งไปที่การช่วยให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความหมายของชีวิตและการช่วยให้แต่ละบุคคลได้สามารถแก้ไขกับความคับข้องใจ ความรู้สึก

เจ็บปวด และความรู้สึกผิด บางครั้งยังช่วยให้บุคคลเตรียมตัวสำหรับความตายที่กำลังจะมาถึงอย่างมีความสุข

6. การบำบัดแบบทบทวนชีวิตนิยมใช้ในการบำบัดรายบุคคล แต่สามารถให้การบำบัดแบบกลุ่มได้ก็ต่อเมื่อผู้นำกลุ่มต้องมีความเชี่ยวชาญและชำนาญมาก ๆ

7. การทบทวนชีวิตใช้ได้ก็ต่อเมื่อผู้รับการบำบัดเป็นบุคคลซึ่งมีระดับความรู้สึกตัวปกติ แต่ยังไม่มีการยืนยันว่าใช้ได้กับผู้ป่วยที่มีอาการสมองเสื่อม

8. การทบทวนชีวิตสามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในการบำบัดได้เหมือนกับการระลึกถึงความหลัง

ลักษณะของการระลึกถึงความหลัง

1. การระลึกถึงความหลังเป็นเพียงความทรงจำส่วนเล็ก ๆ ของช่วงหนึ่งในชีวิต ที่มุ่งเน้นไปที่ช่วงของความทรงจำที่สนุกสนานและมีความสุข

2. ผู้ให้การบำบัดไม่จำเป็นต้องเป็นนักจิตวิเคราะห์ หรือจิตแพทย์

3. การระลึกถึงความหลังเป็นการส่งเสริมทางจิตสังคม

4. การระลึกถึงความหลังเป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนชีวิต

5. ระดับของความไว้วางใจและสัมพันธภาพที่ดีของผู้สูงอายุกับผู้ให้การบำบัดเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องเกิดขึ้นตั้งแต่ครั้งแรกที่พบกันของกระบวนการบำบัดแบบการระลึกถึงความหลัง

6. หัวข้อที่จะสนทนาไม่ได้มุ่งไปที่การค้นหาความหมายของชีวิตแต่อาจเป็นเพียงเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่น่าสนใจ เช่น ศิลปะ ดนตรี หนังสือหรือวรรณคดีที่จะสามารถกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเกิดความสุขพึงพอใจได้

7. การระลึกถึงความหลังสามารถทำได้ทั้งแบบมีโครงสร้างและแบบอิสระ

8. การระลึกถึงความหลังสามารถทำได้ทั้งผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดีและผู้ที่มีอาการสมองเสื่อมเนื่องจากผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมบางครั้งความทรงจำระยะไกล (Long-Term Memory) ยังดีอยู่ การทำให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความหลัง เป็นกิจกรรมอิสระของพยาบาลกิจกรรมหนึ่ง โดยการนำเอากระบวนการทางการพยาบาลมาใช้ และสามารถกำหนดรูปแบบในการระลึกถึงความหลังให้เหมาะสมได้ การระลึกถึงความหลังนี้สามารถใช้ได้ในผู้ที่มีปัญหาหลากหลาย เช่น ผู้ที่แยกตัวจากสังคม (Social Isolation) ผู้ที่มีความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness) ผู้ที่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองถูกรบกวน (Self Esteem Disturbance) ผู้ที่สูญเสีย (Loss) ผู้ที่มีภาวะเครียด (Stress) ผู้ที่มีความวิตกกังวล (Anxiety) (Snyder, 1998) เป็นต้น และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงความหลัง

1. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์

ทฤษฎี فروยด์ อธิบายว่า คนที่มีสุขภาพจิตดีคือคนที่สามารถผสมผสานเหตุการณ์ในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต เหตุการณ์ในอดีตของใครย่อมกำหนดชีวิตปัจจุบันของผู้คน ปัจจุบันที่ขมขื่นและทุกข์ยาก คือภาพสะท้อนที่เป็นไปในอดีต ตามแนวคิดของทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ผู้สูงอายุที่มีจิตใจในระดับปกติ ความผิดปกติเกิดขึ้นเมื่อเขาผู้นั้นขมขื่นกับอดีต จนแยกปัจจุบันจากอดีต หรือแยกอดีตจากปัจจุบันและอนาคตไม่ได้เลย (Butler, 1990)

2. ทฤษฎีขั้นตอนของชีวิต (Life Stage Theory)

เมื่อคนสูงวัยขึ้นมักชอบมองย้อนอดีต เพื่อตรวจสอบตัดสินว่า ชีวิตที่ผ่านมาแล้วทั้งหมด เขาได้ทำอะไรบ้าง ประสบความสุข ความสำเร็จ และได้รับความสนใจอย่างไรบ้าง เขาได้ทำชีวิตให้มีความหมายใหม่ถ้าเขามีความรู้สึกว่าได้ใช้ชีวิตคุ้มค่า ได้ทำทุกสิ่งทุกอย่างที่ตนควรกระทำ เขาจะรู้สึกพึงพอใจในตนเอง จะยอมรับชีวิตของตนอย่างที่มีที่ เป็น แต่ในทางกลับกัน ถ้ามองเห็นตนเองในด้านลบ รู้สึกว่าตนเองไม่ประสบผลสำเร็จ ก็จะเป็นผู้สูงอายุที่ขมขื่นกับตนเอง เพราะชีวิตในอนาคตที่เหลือนั้นยากที่จะตั้งต้นเปลี่ยนแปลงชีวิต หรือตั้งต้นทำอะไรใหม่ได้แล้ว (Erikson, 1950) ชีวิตมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย แบ่งเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นระยะตั้งแต่แรกเกิดถึง 40 ปี ตอนที่ 2 เป็นระยะระหว่าง 40 ปีขึ้นไปจนตลอดอายุขัย คนจะเริ่มตระหนักว่าชีวิตของตนอยู่ระยะที่ 2 เมื่อเขาเริ่มรู้สึกว่าชีวิตยังไม่มีอะไรเป็นชิ้นเป็นอันที่น่าภาคภูมิใจ เริ่มเบื่อชีวิต ความรู้สึกนี้จะทำให้เขาเริ่มย้อนมองอดีตที่ผ่านมา และจะปรับตนและวิถีชีวิตให้เข้ารูปเข้ารอยที่ตนพอใจ การปรับตนและการย้อนมองอดีตนี้จะดำเนินมาตั้งแต่วัยกลางคนเรื่อยไปจนเข้าสู่วัยสูงอายุ (Jung, 1960)

3. ทฤษฎีอัตถิภาวนิยม (Existentialism)

แนวคิดหนึ่งของกลุ่มนี้ เชื่อว่า มนุษย์ดำรงชีพอยู่ได้ด้วย เห็นความหมายของการมีชีวิต การเห็นคุณค่าของชีวิตมีความหมายพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ การย้อนคิดถึงความหลังเป็นวิธีการหนึ่งที่ผู้สูงอายุประเมินคุณค่าของชีวิต ถ้าเห็นว่าชีวิตที่ผ่านมาเต็มไปด้วยความหมายและคุณค่า จะทำให้ผู้สูงอายุมีพลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป

4. ทฤษฎีการทบทวนชีวิต (Life Review)

การนึกถึงอดีตของผู้สูงอายุมีทั้งคุณและโทษ ในด้านมีคุณค่า คือฝึกฝนความจำ ดึงความคิดความรู้สึกในจิตใจได้สำนึกให้มาสู่จิตสำนึก เพิ่มพูนความภาคภูมิใจตนเองและความสำเร็จสัมปชัญญะ คุณค่าเหล่านี้มีความจำเป็นต่อการปรับตัวในวัยสูงอายุ ส่วนโทษของการคิดย้อนอดีต ทำให้ผู้สูงอายุหมองเศร้า ก้าวร้าว มีความรู้สึกผิด ลงโทษตัวเอง อาลัยอาวรณ์อดีต ปลงไม่ตก อาจรุนแรงถึงกับฆ่าตัวตาย แต่อย่างไรก็ตาม บัทเลอร์ เชื่อว่าการย้อนคิดถึงอดีต

มีคุณมากกว่าโทษ สำหรับผู้ที่ย้อนคิดแล้วไม่มีความสุขก็สามารถทำการบำบัดได้ โดยวิธีการบำบัดของเขาเรียกว่า “Planned Reminiscing” (Butler, 1990)

กระบวนการระลึกถึงความหลัง

การเข้าใจในกระบวนการระลึกถึงความหลังนั้นมีความสำคัญ คือ เพื่อความสะดวกและการเข้าใจที่ตรงกันสำหรับผู้ที่จะเริ่มต้นใช้กิจกรรมการระลึกถึงความหลัง ซึ่งกระบวนการประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้ (Hamillton, 1992)

1. ระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต (Memory) คือการเลือกเหตุการณ์ ความคิด และความรู้สึกที่พึงพอใจในอดีตและความรู้สึกนั้นยังคงอยู่ในความทรงจำสืบเนื่องตลอดมา
2. ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น (Experiencing) คือระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึกของตนเองที่มีต่อเหตุการณ์นั้นและบอกความรู้สึกให้ได้ว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมายหรือมีคุณค่าอย่างไรต่อบุคคลจึงทำให้บุคคลเก็บจำความทรงจำนั้นตลอดมาและเลือกที่จะนำมาแบ่งปัน
3. ระยะการแบ่งปันประสบการณ์ให้ผู้อื่นฟัง (Social Interaction) เป็นระยะของการแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่บุคคลมีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟังและยังถือว่าการช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมและสนับสนุนให้มีการเปิดเผยตนเอง (Self Expression)

ในการเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและผู้ให้บริการ ซึ่งหลักของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีนั้นจะต้องอาศัยทักษะต่าง ๆ ของการให้คำปรึกษาหลาย ๆ ด้าน เช่น ทักษะการฟังอย่างใส่ใจ การทวนความ การสะท้อนความรู้สึก การสังเกต การตีความหมายและการสนับสนุนให้กำลังใจ (Sellers & Stork, 1997) ซึ่งรายละเอียดของแต่ละทักษะที่ใช้ มีดังนี้

1. ทักษะในการฟัง (Listening Skills) เป็นทักษะที่ใช้ในการแสดงความสนใจต่อคำพูดและภาษาท่าทางของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความเข้าใจทั้งเนื้อหาตลอดจนความรู้สึกของเรื่องที่เล่ามา อีกทั้งยังเป็นการที่จะแสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการเห็นความสำคัญและให้เกียรติกับผู้สูงอายุว่าเรื่องที่เขาล่ามานั้นเรากำลังตั้งใจฟังอยู่ และบางครั้งต้องฟังเพื่อที่จะสังเกตได้ว่าการพูดกับอารมณ์ของผู้สูงอายุเหมาะสมกันหรือไม่ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือไม่
2. ทักษะในการสะท้อน (Reflecting Skills) วัตถุประสงค์ของการสะท้อนคือเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจถึงความรู้สึกและเรื่องราวของตนเองได้ดียิ่งขึ้นและเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักว่าผู้ให้การบำบัดพยายามที่จะเข้าใจเขา การสะท้อนได้แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังต่อไปนี้

2.1 การสะท้อนความรู้สึก (Reflecting Feeling) เป็นการช่วยนำความรู้สึกหรือออกมาให้กระจ่างขึ้นก่อนจะสะท้อนความรู้สึก ผู้ให้การบำบัดจะต้องมีความสามารถในการฟังและคิดตามไปด้วยว่าคำพูดเช่นนั้นของผู้สูงอายุเกิดจากความรู้สึกอย่างไรแล้วจึงสะท้อนออกมา

2.2 การสะท้อนเนื้อหา (Reflecting Contents) เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหา ดังนั้นเขาอาจไม่สามารถรวบรวมเนื้อหาให้เป็นเรื่องราวประติดประต่อกันได้ดังนั้นจึงควรช่วยให้เรื่องราวกระจ่างขึ้นโดยการสะท้อนเนื้อหา

3. ทักษะในการตีความหมาย (Interpreting Skills) จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงความรู้สึกในแง่มุมต่าง ๆ อย่างกระจ่างแจ้งและเป็นแรงจูงใจที่จะช่วยให้ได้ตระหนักในตนเองช่วยให้ได้ภาพพจน์ใหม่เกี่ยวกับตนเอง

4. ทักษะในการให้กำลังใจ (Reassuring Skills) เป็นการสร้างความเชื่อมั่นและช่วยให้ผู้สูงอายุได้คลายเครียดในการระลึกถึงความหลัง ความสุภาพนุ่มนวลจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ

5. ทักษะในการสังเกต (Observation) ในพฤติกรรมและความรู้สึกต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ปฏิบัติที่เป็นอาการแสดงที่ไม่ใช่คำพูด (Nonverbal) ทั้งหมดเช่นอาการสั่น อาการผุนผืนไม่พอใจ ซึ่งอาจจะเกิดมาจากอาการเครียดหรือวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

6. การทวนซ้ำ ใช้ในการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยเฉพาะข้อมูลเชิงความคิด ความจำ โดยไม่มีการเพิ่มเติมความคิดของผู้ให้บริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการสำรวจ รับรู้และเข้าใจความคิดของตนเองและเพื่อที่จะต้องการเน้นข้อความนั้นเพื่อการขยายความกลับสู่ประเด็น

ในกระบวนการระลึกถึงความหลัง เบิร์นไซด์ (Burnside, 1983) ได้กำหนดคุณสมบัติของการเป็นผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่ดีไว้ดังนี้

คุณสมบัติของการเป็นผู้ให้การบำบัดในกระบวนการระลึกถึงความหลัง

1. ผู้ให้การบำบัดจะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการฟัง จากคำบอกเล่าความทรงจำของผู้สูงอายุ

2. ผู้ให้การบำบัดจะต้องเป็นผู้ที่มีความแม่นยำในการระบุกระบวนการระลึกถึงความหลังของผู้สูงอายุแต่ละคนได้

3. ผู้ให้การบำบัดจะต้องเป็นผู้ที่มีความแม่นยำในการตอบสนองกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการระลึกถึงความหลังได้

คุณสมบัติที่ผู้สูงอายุต้องมีในกระบวนการระลึกถึงความหลัง

1. มีระดับการรับรู้ปกติ

2. มีความสามารถในการฟื้นความทรงจำในระยะยาวได้ (Retrieve Long-Term Memories) แต่ความจำระยะสั้นอาจไม่จำเป็น

3. สามารถถ่ายทอดความทรงจำนั้นออกมาเป็นภาษาพูดได้

การระลึกถึงความหลังจะไม่สามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในบุคคลที่มีลักษณะต่อไปนี้ (Burnside, 1983)

1. บุคคลที่มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง และคิดฆ่าตัวตาย
2. บุคคลที่อยู่ในสภาพตกใจกลัวมาก
3. บุคคลที่มีความรู้สึกผิดอย่างรุนแรง
4. บุคคลที่มีอาการหมกมุ่นอยู่ตลอดเวลา
5. บุคคลที่ยึดมั่น ถิ่นมั่น ไม่ยืดหยุ่น
6. บุคคลที่หลีกเลี่ยงปัจจุบัน เน้นความสำคัญไปสู่นาครต
7. บุคคลที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร พูดไม่ได้ หรือสูญเสียการได้ยิน

บุคคลที่มีอาการดังที่กล่าวนี้ ควรจะมีการส่งต่อไปที่จิตแพทย์หรือนักจิตบำบัด เพื่อการบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป

รูปแบบของการระลึกถึงความหลัง

ในการระลึกถึงความหลังนี้สามารถทำได้ 2 รูปแบบ (Hamillton, 1992; Snyder, 1998) ดังนี้

1. การระลึกถึงความหลังเฉพาะรายบุคคล (One-to-One Reminiscence) เป็นการย้อนคิดถึงความหลังเฉพาะราย อาจจะมีหัวข้อหรือไม่มีหัวข้อในการพูดคุยก็ได้ โดยผู้สูงอายุอาจจะพูดถึงความหลัง หรือความรู้สึกในอดีต และพยาบาลจะต้องเป็นผู้ฟังที่ดี ยอมรับฟังด้วยการแสดงออกทางสีหน้า ทางความรู้สึก การระลึกถึงความหลังแบบรายบุคคลนี้จำนวนครั้งยิ่งมากยิ่งดี (3 ครั้งต่อสัปดาห์) ใช้ระยะเวลาในแต่ละครั้งประมาณ 30 นาที เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางความคิด หรือเป็นคนที่อาย (Snyder, 1998)

2. การระลึกถึงความหลังแบบรายกลุ่ม (Group Reminiscence) เป็นการย้อนคิดถึงความหลังร่วมกันเป็นกลุ่ม ซึ่งมีรูปแบบของกลุ่ม ดังนี้

2.1 ขนาดสมาชิกของกลุ่ม 4-10 คน (Hamillton, 1992; Ebersole, 1978) ในการกำหนดขนาดของสมาชิกก็เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้เกิดความรู้สึกระลึกถึงความหลัง ถ้าสมาชิกของกลุ่มที่มากไปจะทำให้ผู้สูงอายุบางคนอาจไม่เกิดความรู้สึกระลึกถึงความหลังและถ้าสมาชิกของกลุ่มน้อยเกินไป จะทำให้การระลึกถึงความหลังไม่มีความหลากหลาย

2.2 ระยะเวลาในการทำกลุ่มแต่ละครั้งประมาณ 45-60 นาที (Snyder, 1998)

2.3 จำนวนครั้งในการทำกลุ่ม ประมาณ 5-10 ครั้ง (Ebersole, 1978; Osbern, 1989)

2.4 ความถี่ในการทำกลุ่ม ประมาณ 1-2 ครั้ง / สัปดาห์ จากการศึกษาของแลป (Lappe, 1987) พบว่าการทำกลุ่มระลึกถึงความหลัง 1 ครั้ง / สัปดาห์ และ 2 ครั้ง / สัปดาห์ เมื่อวัดผลแล้ว ทั้ง 2 กลุ่มมีค่าไม่แตกต่างกัน

2.5 ระยะเวลาทั้งหมด 8-10 สัปดาห์ (Ebersole, 1978; Osbern, 1989)

2.6 สถานที่ในการทำกลุ่ม ต้องมีบรรยากาศเอื้ออำนวยต่อการระลึกถึงความหลัง และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น เก้าอี้กว้างเพียงพอสำหรับกลุ่ม สะดวกสบายในการเข้าห้องน้ำ รวมทั้งควรมีอาหารหรือเครื่องดื่ม และอาจตกแต่งด้วยอุปกรณ์ที่เหมาะสม หัวข้อในการระลึกถึงความหลังแต่ละครั้ง เช่น เมื่อพูดถึงวันสงกรานต์ อาจจะมีขันน้ำใส่น้ำอบมาวางไว้เป็นต้น

2.7 มีการกำหนดหัวข้อและกิจกรรมในการกระตุ้นให้เกิดการระลึกถึงความหลัง ในแต่ละครั้ง เริ่มต้นจากการแนะนำสมาชิกในกลุ่ม หัวข้อจะเริ่มจากง่าย ๆ แล้วเพิ่มความเข้มข้นเรื่อย ๆ เช่น เริ่มจากวัยทารก อาจพูดเกี่ยวกับสถานที่ที่เกิด เป็นต้น

2.8 มีกระบวนการกลุ่ม มีผู้นำกลุ่ม มีการกำหนดข้อตกลงกันในกลุ่ม
การวางแผนการทำกลุ่มระลึกถึงความหลัง

1. การเลือกบุคคลเข้ากลุ่ม จะต้องเลือกบุคคลที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการนั่งทำกลุ่ม เป็นเวลานาน ๆ เช่นไม่เป็นโรคอัมพาตของข้อต่อและกล้ามเนื้อ ไม่มีปัญหาในระบบไหลเวียน ไม่มีปัญหาเรื่องการควบคุมระบบขับถ่าย พวกโรคจิตหวาดระแวงหรือซึมเศร้าอย่างแรง ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน (Harrand & Bollstetter, 2000)

2. การเตรียมสถานที่ ที่จะต้องใส่ใจคือเรื่องขนาดของห้องจะต้องไม่คับแคบเกินไป กับขนาดของกลุ่ม มีความเป็นส่วนตัวเพียงพอ ไม่มีเสียงรบกวนอันจะเป็นการขัดจังหวะต่อการระลึกถึงความหลัง แสงสว่างและอุณหภูมิต้องพอเหมาะ เก้าอี้สะดวกสบาย จะจัดเก้าอี้นั่งให้เป็นวงกลมเพื่อที่จะเอื้ออำนวยให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแบ่งปันประสบการณ์ (Burnside & Haight, 1992)

3. การเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกลุ่ม เช่น ป้ายชื่อของสมาชิกกลุ่มทุกคนและป้ายชื่อผู้นำกลุ่มและอุปกรณ์ในการเขียนเช่นกระดาษสีขาว ปากกาเมจิกสีดำ เพื่อความเด่นชัดในการมองเห็น (Burnside & Haight, 1994)

การดำเนินการกลุ่มระลึกถึงความหลัง

ฮาร์แรนด์ และบอลลสเตอร์ (Harrand & Bollstetter, 2000) ได้กำหนดกฎของการเป็นผู้นำกลุ่มว่าผู้นำจะต้องบอกวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการเข้ากลุ่มในเรื่องของเวลา

สถานที่ กฎเกณฑ์ของการเข้ากลุ่มและหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม สมาชิกกลุ่ม ให้กับสมาชิกฟังทุกครั้ง เมื่อมีการพบกันสัมพันธภาพจะต้องเริ่มตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้ากลุ่ม ผู้นำจะต้องกล่าวคำขอบคุณ ผู้สูงอายุที่มาเข้ากลุ่ม ผู้นำจะต้องคอยสนับสนุนให้กำลังใจและเห็นใจสมาชิกกลุ่มทุกคน สังเกตอาการทางร่างกายและความสะดวกสบายของผู้สูงอายุทุกคน อีกทั้งยังมีหน้าที่ในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลัง และสนับสนุนให้มีการแบ่งปันในประสบการณ์ซึ่งกันและกัน สมาชิกกลุ่มมีหน้าที่ในการเป็นผู้ฟังที่ดีไม่ขัดจังหวะในขณะที่สมาชิกกำลังเล่าประสบการณ์อยู่ ไม่มีการกล่าวตำหนิ ควรยกย่อง ชมเชยประสบการณ์ที่สมาชิกเล่าพร้อมทั้งการไม่ซักถามมากเกินไปเกินขอบเขตของความเป็นส่วนตัว ในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลังนั้นผู้นำอาจต้องใช้อุปกรณ์ช่วยกระตุ้นด้วย เช่นให้ผู้สูงอายุเลือก ภาพถ่าย หนังสือ งานอดิเรก ฯลฯ ซึ่งหัวข้อส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องพัฒนาการแต่ละช่วงวัยเช่นเดียวกับการระลึกถึงความหลังรายบุคคล เบิร์นไซด์ (Burnside, 1977) ได้ยกตัวอย่างถึงหัวข้อที่ผู้สูงอายุนิยมนำมาระลึกถึงความหลังมากที่สุด ดังนี้

1. ประสบการณ์ทางทหารและในสนามรบ
2. ความทรงจำเกี่ยวกับชีวิตในวัยเด็ก
3. ความทรงจำที่น่าทึ่งเกี่ยวกับบิดา มารดา พี่สาว พี่ชาย
4. ความทรงจำเกี่ยวกับเพื่อน ครูที่ประทับใจ วันแรกที่ไปโรงเรียน เกมการเล่นในวัยเด็ก
5. กีฬาที่โปรดปราน
6. ชีวิตรัก การแต่งงาน และลูก ๆ ที่ภูมิใจ
7. วันหยุดกับครอบครัวที่สนุกสนาน
8. ความผิดหวังหรือความสำเร็จครั้งยิ่งใหญ่ที่จดจำมาตลอด
9. ภาระหน้าที่การงาน
10. งานอดิเรก
11. การสูญเสียหรือการตายจากของบุคคลอันเป็นที่รัก

การปิดกลุ่มการระลึกถึงความหลัง

ในการพบกันครั้งสุดท้าย จะเป็นการสรุปประสบการณ์ทั้งหมดที่ได้ระลึกถึงความหลัง ในทุกครั้งที่พบกัน การปิดกลุ่มจะอภิปรายกันแบบสบาย ๆ จะไม่มีการเปิดประสบการณ์เรื่องใหม่ขึ้นมาอีก ผู้นำจะต้องคอยสนับสนุนให้กำลังใจในประสบการณ์ของแต่ละคน บรรยายภาคจะเต็มไปด้วยความอบอุ่น และต้องกล่าวคำขอบคุณสมาชิกทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการทำกลุ่มเป็นอย่างดี (Harrand & Bollstetter, 2000)

หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม

1. เปิดกลุ่มด้วยการทักทายสมาชิกทุกคนอาจพูดถึงเรื่องทั่วไป เช่น สภาพดิน น้ำ อากาศ อาหาร หรืออื่น ๆ ที่สมาชิกประสบในขณะนั้นเพื่อให้เกิดความเป็นกันเองก่อน จากนั้น แนะนำหัวข้อเรื่องที่จะคุยกันรวมทั้งนำเสนออุปกรณ์ประกอบที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสมาชิกกลุ่มระลึกถึงประสบการณ์ในอดีตได้
2. สร้างบรรยากาศให้เกิดการรวมกลุ่ม เช่น การมองไปยังสมาชิกในกลุ่มอย่างทั่วถึง ทุกคน หรือเดินเปลี่ยนตำแหน่งที่นั่งบ้าง
3. สร้างจุดสนใจของสมาชิกกลุ่มให้อยู่ในตัวผู้นำเพื่อลดความสับสนของสมาชิก แม้ว่า จะเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยกลุ่มหรือสมาชิกอื่น ๆ ได้แสดงความคิดเห็น แต่ต้องดึงความสนใจกลับมารวม ที่ตัวผู้นำให้ได้ในประเด็นกลุ่ม
4. สังเกตพฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกและจัดการได้ภายในกลุ่ม
5. มีความยืดหยุ่นแม้ว่าเรื่องที่สมาชิกอภิปรายจะออกนอกประเด็นไปบ้าง
6. ตั้งคำถามในประเด็นกลุ่มอย่างชัดเจนโดยอาจถามทั้งตัวผู้เสนอประเด็นเพื่อให้ สมาชิกอื่นได้เข้าใจอย่างชัดเจนไม่สับสน หรือถามสมาชิกอื่นเพื่อให้แสดงความคิดเห็นร่วมด้วยได้
7. สรุปประเด็นที่ถกในกลุ่มให้สมาชิกทราบก่อนการปิดกลุ่ม

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง โดยใช้หลักการกระบวนการระลึกถึงความหลังของฮาร์มิลตัน (Hamillton, 1992) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน และสะดวกในการนำไปใช้ เนื่องจากกระบวนการนี้ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะเลือกเหตุการณ์ ในอดีต ระยะนี้ให้ผู้สูงอายุหลับตาและเลือกเหตุการณ์ที่พึงพอใจในอดีตและอยู่ในความทรงจำของผู้สูงอายุ ใช้เวลา 5 นาที ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์ คือ ให้ผู้สูงอายุหลับตาอีกครั้งพร้อมกับให้ระลึกว่าเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุได้เลือกไว้มีความหมายและความสำคัญกับ ผู้สูงอายุอย่างไร ใช้เวลา 5 นาที ระยะการแบ่งปันประสบการณ์ให้ผู้อื่นฟัง ในระยะนี้ให้ผู้สูงอายุ แต่ละท่านได้เล่าประสบการณ์ของตนเองที่ได้ระลึกไว้ให้กับผู้สูงอายุในกลุ่มได้รับฟัง ท่านละ 5 นาที และเปิดโอกาสให้ซักถามกันระหว่างผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมและ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการเปิดเผยตนเอง (Self Expression) ใช้เวลา 30 นาที จากนั้นผู้วิจัยสรุป การทำกิจกรรมการระลึกถึงความหลังร่วมกับผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามข้อสงสัย และ กล่าวปิดกลุ่ม ใช้เวลา 15 นาที

ผลของการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุ

การระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุ มีผลสัมพันธ์กับอารมณ์ของผู้สูงอายุ การระลึกถึงความหลังนั้นมักก่อให้เกิดผลในทางบวกมากกว่าในทางลบ คือ กระบวนการระลึกถึงความหลัง

เป็นกระบวนการทบทวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับชีวิตของตนเองในอดีต โดยผ่านกระบวนการระลึกถึงความหลังที่แต่ละบุคคลจะใคร่ครวญถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเอง และสร้างสรรค์สัญลักษณ์เฉพาะในเหตุการณ์ที่น่าจดจำนั้น แล้วประเมินออกมาเป็นคุณค่า ซึ่งจะถือได้ว่าการระลึกถึงความหลังมีคุณค่าในแง่ของการบำบัดรักษาได้ด้วย โดยหากบุคคลได้คิดถึงสิ่งต่าง ๆ ในอดีตทางบวก คิดถึงความสำเร็จ สมหวังในด้านต่าง ๆ ของตนก็ย่อมจะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกเป็นสุข รับรู้ในคุณค่าของตน (Parker, 1995) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของแพทเทอร์สัน (Patterson, 1998 cited in Parker, 1995) ที่ได้ทำการศึกษาการระลึกถึงความหลังของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า การระลึกถึงความหลังเป็นกิจกรรมยามว่างของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน สนุกสนาน ช่วยให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต และคุก (Cook, 1998) ได้ทำการศึกษาลักษณะการระลึกถึงความหลังกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุหญิงในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยแบ่งผู้สูงอายุหญิงที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.03 และฟราย (Fry, 1991 cited in Cook, 1998) พบว่า ความสุขของผู้สูงอายุมีผลโดยตรงกับการระลึกถึงความหลัง เนื่องด้วยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะนึกถึงความหลังไปในทางบวก ชื่นชมตนเองและการระลึกถึงความหลังยังเป็นสิ่งที่ช่วยให้จิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุรู้สึกเป็นสุข มีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น ดังที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การระลึกถึงความหลังนั้นมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้การระลึกถึงความหลังยังมีผลต่อภาวะซึมเศร้าด้วย ดังรายงานการวิจัยของโจนส์ (Jones, 2003 cited in Cook, 1998) ที่ทำการศึกษากการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหญิงจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ดำเนินการระลึกถึงความหลัง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งหมด 6 ครั้ง ใช้เวลา 45 นาทีต่อครั้ง ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่า เมื่อผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลังจะมีผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง และยังพบว่าการที่ผู้สูงอายุได้หวนคิดถึงเรื่องราวในอดีตนั้นจะสามารถไปกระตุ้นจุดกำเนิดของการเห็นคุณค่าในตนเองในอดีตให้ฟื้นฟูกลับมาอีกครั้ง ถ้าหากเหตุการณ์ที่หวนคิดนั้นเป็นประสบการณ์แห่งความสำเร็จ ความภาคภูมิใจก็จะช่วยให้ ผู้สูงอายุสร้างความเข้มแข็งให้กับชีวิต พร้อมทั้งจะเผชิญกับภาวะวิกฤติต่าง ๆ ในชีวิตได้ (Neugarten, 1964) และจากการศึกษาของโซลทิส และโคทส์ (Soltys & Coats, 1995) ที่พบว่าการศึกษาของผู้สูงอายุได้มีโอกาสในการแบ่งปันเรื่องราวความภาคภูมิใจที่ตนเก็บรักษาไว้นั้น ช่วยเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เป็น

โรคสมองเสื่อมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกู๊ดสไตน์ (Goodstein, 1982 cited in Neugarten, 1964) พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุจะเกิดขึ้นได้จากสัมพันธภาพ และการให้การสนับสนุนทางอารมณ์กันของสมาชิกที่เข้ากลุ่มระลึกถึงความหลัง

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การระลึกถึงความหลังนั้นมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ภาวะซึมเศร้า และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

สถานสงเคราะห์คนชรา

รัฐบาลได้กำหนดนโยบายที่สำคัญประการหนึ่งที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี มีคุณภาพ และดำรงชีพอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข รัฐบาลเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นของการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ เพราะเป็นผู้ที่มีส่วนรับผิดชอบในการช่วยเหลือชาติบ้านเมืองในฐานะคนหนุ่มสาวในอดีต ฉะนั้นผู้สูงอายุจึงควรได้รับการตอบแทนคุณงามความดีเมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

วัตถุประสงค์ของการสงเคราะห์คนชรา มีดังนี้

1. เพื่อให้การสงเคราะห์คนชราที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน ยากจน ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้
2. เพื่อให้การบริการแก่คนชราที่อยู่กับครอบครัวของตน แต่มีความต้องการรับบริการสงเคราะห์คนชราบางอย่าง เช่น การรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด นันทนาการ
3. เพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัวผู้มีรายได้น้อยหรือยากจน ที่ไม่สามารถจะอุปการะเลี้ยงดูคนชราไว้ในครอบครัวได้
4. เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังคมอันเกี่ยวกับคนชรา ไม่ให้เร่ร่อน ทำความเดือดร้อนรำคาญแก่สังคม และให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างผาสุกตามสมควรแก่อัตตภาพ
5. เพื่อเป็นการตอบแทนคุณความดีที่คนชราได้ทำประโยชน์ให้แก่ประเทศชาติ
6. เพื่อผู้สูงอายุจะได้คลายความวิตกกังวลเมื่อชราภาพ ไม่สามารถประกอบอาชีพต่อไปได้แล้ว ทางรัฐบาลมีหน้าที่จะเป็นผู้อุปการะเลี้ยงดูต่อไป

ประเภทของการสงเคราะห์คนชรา

การสงเคราะห์คนชราภายในได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2511 จนถึงปัจจุบัน โดยรับคนชราที่มีความทุกข์ยากเดือดร้อนตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ การสงเคราะห์ได้แยกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ประเภทสามัญ ให้การอุปการะเลี้ยงดู โดยไม่เสียค่าบริการใด ๆ อาศัยอยู่ร่วมกัน ห้างละหลายคน แยกเพศชาย เพศหญิงไม่ปนกัน

2. ประเภทเสียค่าบริการ จัดให้อยู่ในห้องพักคนชรา ชำระค่าบริการประเภทเตียงเดี่ยว อัตราคนละ 550 บาทต่อเดือน ประเภทเตียงคู่ อัตรา 1, 060 บาทต่อเดือน ซึ่งมีเฉพาะที่สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคแห่งเดียว

การจัดบริการสวัสดิการต่าง ๆ ให้แก่คนชราที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ค่าใช้จ่ายได้รับเงินงบประมาณประจำปีและให้การสนับสนุนจากภาคเอกชน ดังนี้ คือ

1. ให้บริการเลี้ยงดูด้วยอาหาร 3 มื้อ
2. เสื้อผ้า เครื่องนอน เครื่องใช้ประจำตัว ตามความจำเป็นและเหมาะสม
3. ให้บริการตรวจสุขภาพทั่วไป การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย และการรักษา ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู
4. บริการให้คำปรึกษา และแก้ไขปัญหาทางอารมณ์จิตใจ และการปรับตัว โดยนักสังคมสงเคราะห์
5. บริการจัดกิจกรรมนันทนาการ งานรื่นเริงในวันนักขัตฤกษ์ต่าง ๆ รวมทั้งภาคเอกชน และหน่วยงานต่าง ๆ ภายนอกสถานสงเคราะห์คนชราได้มาจัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่คนชรา
6. บริการด้านศาสนกิจ ให้คนชราประกอบพิธีทางศาสนาตามลัทธิที่ตนเชื่อถือ
7. บริการฌาปนกิจศพให้คนชราที่ไม่มีญาติ

คุณสมบัติของคนชราที่ขอรับบริการ คนชราที่จะขอเข้ารับการสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์คนชรา ได้มีการกำหนดคุณสมบัติไว้ ดังนี้

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. ไม่มีโรคเรื้อน หรือโรคติดต่ออันตราย
3. ไม่พิการทุพพลภาพ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ
4. ต้องมีความจำเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น
 - 4.1 มีความเดือดร้อนทุกข์ยาก ไม่มีผู้อุปการะ ชาติที่อยู่อาศัย
 - 4.2 มีที่อยู่อาศัยแต่ขาดผู้ดูแล และให้ความร่วมมือ
 - 4.3 ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้

ลักษณะของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา แบ่งเป็นกลุ่มต่าง ๆ ตามสภาพ ดังนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่สภาพร่างกายและจิตใจยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ยังสามารถทำกิจกรรม กิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือตนเองได้
2. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสภาพร่างกายปกติ แต่มีภาวะซึมเศร้า (Depression) มีการแยกตัว ไม่สังสรรค์กับกลุ่ม

3. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ มีโรคเรื้อรังประจำตัว ต้องการการแนะนำดูแลจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ

4. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Disability) ทั้งยังมีความพิการ ทูพพลภาพเกี่ยวกับอวัยวะต่าง ๆ

5. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสมอง ความจำ ซึ่งกลุ่มนี้จะถูกเรียกว่า กลุ่มผู้สูงอายุหลง ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ และต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงตามวัยแล้วยังต้องเข้ามาอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา เนื่องจากสภาพปัญหาต่าง ๆ ของครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุต้องมาสัมผัสกับสภาพแวดล้อมที่แตกต่างจากเดิม ประกอบกับสภาพทางจิตใจเดิม สิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งถ้าผู้สูงอายุมีการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมได้ดี ย่อมไม่เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตที่ดี แต่ในทางกลับกันถ้าหากผู้สูงอายุไม่สามารถเผชิญกับสภาพแวดล้อมนี้ได้ก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าและไม่มีความพึงพอใจในชีวิตได้ ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรามักพบว่ามีปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 50 ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุจึงได้ตระหนักถึงการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา วิธีการในการลดภาวะซึมเศร้าและการส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุนั้น มีนักวิจัยหลายท่านได้ทำการศึกษาไว้ เช่น การใช้กระบวนการกลุ่ม กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง การระลึกถึงความหลัง ฯลฯ ผู้วิจัยเชื่อว่า การระลึกถึงความหลังนี้จะ เป็นวิธีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เนื่องจากวัยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักชอบย้อนคิดถึงอดีตและพูดถึงอดีต และการระลึกถึงความหลังนี้ยังเป็นยุทธวิธีที่ช่วยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้นำความรู้สึกและเรื่องราวในอดีตที่รู้สึกภาคภูมิใจในตนเองมาแบ่งปันให้ผู้อื่นได้รับรู้ ก็จะเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีความพึงพอใจในชีวิต และช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการระลึกถึงความหลังในการลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต แต่มีผู้ศึกษาถึงการระลึกถึงความหลังกับความพึงพอใจในชีวิต พบว่า การระลึกถึงความหลังนั้นเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญเป็นอันดับแรกเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2533)