

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

การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษา
ประสาทสัมผัส ปีที่ 1: ผลการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน
เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

Neuro-Linguistic Programming on Mental Health care of Elderly with Chronic Illness;
Saensuk Municipality, Chonburi, Thailand

Phase 1 : Mental Health Evaluation of the elderly in community

สรร กลิ่นวิจิต และคณะ

01 721 97

A00107269

- 7 ส.ค. 2558

346877

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี เริ่มบริการ

กิตติกรรมประกาศ

Acknowledgement

การศึกษาวิจัยเรื่อง การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ปีที่ 1: ผลการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นโครงการวิจัยย่อยที่ 5 ในแผนงานวิจัย “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข” ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยในปีที่ 1 ของแผนงานวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ความกรุณาและการสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ ซึ่งได้เล็งเห็นความสำคัญของประเด็นเร่งด่วนด้านการวิจัยในผู้สูงวัย เกี่ยวกับการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่า สามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นพลังในการพัฒนาสังคม โดยมุ่งสร้างแนวทางการพัฒนาคุณภาพคนไทยทุกช่วงวัย มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาประเทศในอนาคต ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุ และสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ในเขตภาคตะวันออก ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ศาสตราจารย์ เสาวคนธ์ ที่ปรึกษาคณบดีคณะแพทยศาสตร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิสิษฐ์ พิริยาพรณ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ และคุณณรงค์ชัย คุณปลื้ม นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่เป็นที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้คำแนะนำ วิธีการ และข้อเสนอแนะการดำเนินงานศึกษาวิจัยเพื่อให้ตระหนักถึงสิทธิและเคารพสิทธิความเป็นบุคคลและประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณครูบาอาจารย์ ที่ได้อบรมสั่งสอน และประสาทวิชาความรู้แก่คณะผู้วิจัย ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้แสวงหาความรู้เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ลูกศิษย์ บุตรธิดาและคนรุ่นหลังต่อไป ความสำเร็จอันเกิดจากการศึกษาวิจัยนี้ ขอมอบเป็นสิ่งทดแทนคุณ และขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้เป็นอย่างสูง

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2557

การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

ปีที่ 1: ผลการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน

เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

นายสรร กลิ่นวิจิต

ดร.เวชกา กลิ่นวิจิต นางสาวพวงทอง อินใจ นางสาวพลอยพันธุ์ กลิ่นวิจิต

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยการวัดระดับความเครียด และภาวะซึมเศร้า ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรังและอยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี จำนวน 5,756 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครจีชีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan. 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 361 คน โดยใช้แบบวัดความเครียดของสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) และ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) ทั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เรียบร้อยแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าที่ One way ANOVA และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลวิจัยพบว่า

1. ปัญหาสุขภาพเรื้อรังโรคและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่ มีปัญหาสุขภาพและภาวะเจ็บป่วย เกี่ยวกับโรคข้อเสื่อม/ เก๊าท์/รูมาตอยด์/ปวดข้อ ร้อยละ 94.96 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.66

2. ผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีระดับความเครียด อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.75 (ค่าคะแนน 24-41 คะแนน) รองลงมา มีระดับความเครียด สูง คิดเป็นร้อยละ 21.62 (ค่าคะแนน 42-61) มีความเครียด น้อย คิดเป็นร้อยละ 16.22 และ มีความเครียดรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 5.41 (ค่าคะแนน 62 ขึ้นไป)

3. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 70.27 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 29.73 โดยมีส่วนใหญ่มีความซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 18.92 รองลงมา มีความซึมเศร้า ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 8.11 และ มีความซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 2.7

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกับความเครียด พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

6. ความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข เป็นชุมชนในเขตเมือง ซึ่งพบปัญหาภาวะสุขภาพจิต ด้านความเครียดและภาวะซึมเศร้า ควรเร่งดำเนินการดูแลรักษาและให้เอาใจใส่เพื่อพัฒนาผู้สูงวัยในชุมชนให้สามารถปรับตัว มีความสุขและพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเองให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมภาษาประสาธน์สัมพันธ์ ผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ สุขภาพจิต

3

Neuro-Linguistic Programming on Mental Health care of Elderly with Chronic Illness; Saensuk Municipality, Chon Buri, Thailand

Phase 1 : Mental Health Evaluation of the elderly in community

Mr. San Klinwichit,

Dr. Wethaka Klinwichit, Ph.D., Miss Puangtong Inchai and Miss Ploypun Klinwichit

Faculty of Medicine, Burapha University

Abstract

The purpose of this research was evaluating mental health of the elderly with chronic illness in community. Three hundred and sixty-one samples were simple random sampling from 5,756 older people in Saensuk municipality, Chon Buri, Thailand. The mental health evaluation tools were Suanprung Stress Test-20 and Thai Geriatric Depression Scale: TGDS. Statistics employed were frequency, percentage, mean, standard deviation t-test One way ANOVA and Pearson product moment correlation coefficient. It was found that;

1. The most health problems of the elderly were arthritis and knee pain (94.96%) and the second was hypertension (75.66%)
2. Stress level of the elderly with chronic illness were in moderate level (56.75% ; Score 24-41) mostly, and the second was in high level (21.62%; Score 42-61) , the mild level was 16.22% and the severe level was 5.341%
3. The most of elderly have not depression (70.27%) , on the other hand, the elderly have depression were 29.73% (mild 18.92%, moderate 8.11% and severe 2.7%)
4. Education and occupation correlated with stress in 0.05, 0.01 significantly.
5. The correlation between characteristics of the elderly and depression were not significant.
6. Stress and depression in elderly with chronic illness were correlation with 0.05 level of significant.

Suggestion : The elderly with chronic illness in Saensuk municipality, Chon Buri, Thailand were the urban community revealed that stress and depression were the mental health problems in this community. Should be concern in this problems for improving quality of their life.

Keywords: Neuro Linguistic Programming , Elderly, Elderly care, Mental Health

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
สารบัญ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ฉ

บทที่

1	บทนำ.....	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
	ขอบเขตของการวิจัย.....	3
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	5
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
	แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและสุขภาพจิต.....	7
	แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด.....	9
	แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า.....	17
	แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.....	22
	ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส.....	25
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	29
3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	39
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	39
	ตัวแปรที่ศึกษา.....	39
	ขอบเขตของเนื้อหา.....	39
	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	40
	การรวบรวมข้อมูล.....	43
	จริยธรรมการวิจัย.....	43
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	43

สารบัญ

หน้า

4	ผลการศึกษาวิจัย.....	44
5	สรุปผลการวิจัย.....	55
	บรรณานุกรม.....	61
	ภาคผนวก.....	63
	ประวัติคณะผู้วิจัย.....	72

สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

1	จำนวน ค่าเฉลี่ยและค่าร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในชุมชน.....	45
2	จำนวน ค่าเฉลี่ยและค่าร้อยละ โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุและระยะเวลา ที่เข้ารับการรักษาของผู้สูงอายุชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัด ชลบุรี.....	47
3	จำนวนและร้อยละของคะแนนความเครียดในภาพรวม ของผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี.....	48
4	จำนวนและร้อยละของคะแนนภาวะซึมเศร้าในภาพรวม ของผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี.....	49
5	การเปรียบเทียบระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ ในภาพรวม (T-test).....	50
6	การเปรียบเทียบระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา.....	51
7	การเปรียบเทียบระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพ.....	51
8	การเปรียบเทียบระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ.....	52
9	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะเครียดของผู้สูงอายุ ในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี.....	53
10	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี.....	54
11	ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด กับภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุ ในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี.....	54

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุ มีชีวิตเป็นสุข ต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจ ในการปฏิบัติอย่างจริงจัง จากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เริ่มต้นตั้งแต่ตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลในครอบครัว สังคม ตลอดจนหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถาบันครอบครัวจะได้ตระหนักถึงบทบาท และความสำคัญ ที่จะทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า และมีความสำคัญต่อครอบครัว และสังคม การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน จะเป็นรูปธรรมได้นั้น ทุกคนในชุมชนจะต้องได้รับการปลูกฝัง ให้มีพื้นฐานจิตสำนึก ความคิด และการปฏิบัติของทุกคนในชุมชน อาทิ ผู้สูงอายุ ลูกหลาน และผู้อยู่อาศัยในชุมชนทุกคนต้องตระหนักถึงคุณค่า ความสำคัญของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะลูกหลาน เสมอเหมือนปฐพีนิยบุคคล ที่เปี่ยมด้วยประสบการณ์ชีวิตที่ล้มเหลว และดีงาม ซึ่งเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตของลูกหลาน ชุมชนในปัจจุบัน โดยลูกหลาน และผู้อยู่อาศัยในชุมชน ต้องแสดงความเคารพยกย่อง ให้เกียรติเป็นแบบอย่างที่ดีงาม ในการให้คำปรึกษา แนะนำการดำเนินชีวิต, การงานอาชีพ, ครอบครัว, การพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และบทบาทหน้าที่ของภาครัฐ และเอกชน เพื่อเป็นรากฐานชีวิตในชุมชนที่จะเอื้ออาทรต่อกัน เพื่อการช่วยเหลือดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ร่างกายแข็งแรง และสุขภาพจิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างปกติ และมีความสุขอย่างต่อเนื่องตลอดไป เช่น สมัยปัจจุบัน โดยนับถือผู้สูงอายุดุจตั้งร่วมโพธิ์ร่วมไทร สร้างสายใยในครอบครัว สืบสานวัฒนธรรมที่ดีงามของชุมชน

องค์การอนามัยโลก(WHO. 1976) ได้ให้นิยาม ไว้ว่า สุขภาพจิตที่ดี หมายถึง อารมณ์ และสังคมที่เป็นสุข กล่าวคือ บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีย่อมสามารถปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับการดำรงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยสามารถมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นและตอบสนองความต้องการของตนได้อย่างเหมาะสมโดยปราศจากข้อขัดแย้งในใจ จากรายงานปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 60 ปี ขึ้นไป ในสถานบริการสังกัด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ใน รอบ 5 ปี พ.ศ. 2547 – 2551 มีผู้ป่วยนอกเข้ารับบริการ 141,566 ราย ต่อปี ผู้ป่วยใน 2,663 ราย ต่อปี สำหรับปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอก 5 อันดับ คือ 1) โรควิตกกังวล และ

ความเครียด ร้อยละ 26.42 2) โรคจิต ร้อยละ 25.73 3)โรคที่มีสาเหตุจากสมองและร่างกาย ร้อยละ 18.47 4) โรคซึมเศร้า ร้อยละ 18.24 และ 5) โรคจากสารเสพติด ร้อยละ 3.43 (กรมสุขภาพจิต, 2552) ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น การเจ็บป่วยการเสื่อมของระบบต่างๆ ในร่างกายที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลความเครียดความรู้สึกกดดัน ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของกลุ่มสมรส ญาติ คนใกล้ชิดหรือเพื่อนซึ่งล้วนแต่มีผลกระทบต่องิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น(ชาติรี บานชื่น, 2552) จากการศึกษาวิจัยของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบในเขตที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกชุมชนเมืองมีปัญหภาวะสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง โดยชุมชนเมือง มีความรู้สึกอ่อนเพลียมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 19.0) และเมื่อเปรียบเทียบความคิดอยากตาย พบว่า ในกรุงเทพมหานครและภาคกลาง มีผู้สูงอายุคิดอยากตายมากกว่าถึงเท่าตัว (ร้อยละ 5.2 ในกรุงเทพฯ และร้อยละ 3.2ในภาคกลาง) ส่วนภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีเพียงร้อยละ 1.5 ภาคอีสาน ร้อยละ 4.1 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.2550) สอดคล้องกับผลการสำรวจประชากรไทยผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งพบว่า ความรู้สึกที่เกิดกับผู้สูงอายุเป็นประจำสูงสุดคือ รู้สึกเบื่ออาหารหรือความอยากอาหารลดลง (ร้อยละ 4.0) รองลงมาคือคิดมาก วิตกกังวลใจ (ร้อยละ 3.4) และหงุดหงิดรำคาญใจ (ร้อยละ2.9) ตามลำดับ ความรู้สึกต่าง ๆ ดังกล่าวจะเพิ่มมากขึ้นตามวัยที่สูงขึ้น ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนของความรู้สึกต่าง ๆ ที่กล่าวมาสูงกว่าผู้สูงอายุชาย เพราะเพศหญิงมีความอ่อนไหวทางอารมณ์มากกว่าเพศชาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัย จะได้ดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ(กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2537) โดยแปลผลเป็นภาวะสุขภาพจิตปกติ เศร้าเล็กน้อย เศร้าปานกลาง และเศร้ายันรุนแรง และใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST - 20) (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล , 2540) ในการวัดความเครียดของผู้สูงอายุ เพื่อคัดกรองและค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และภาวะเครียด ในชุมชน เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะสุขภาพจิตพร่อง สามารถจัดการความเครียด และเพิ่มคุณค่าแห่งตนและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

- 1.1 วัดระดับความเครียดของผู้สูงอายุ
- 1.2 ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เมื่อจำแนกตามคุณลักษณะของผู้สูงอายุ

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ด้านเนื้อหาผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตในการวิจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไว้ 2 ด้าน คือ ด้านความเครียด และภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ความเครียด (Stress) ลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้ให้ความหมายของความเครียดในความหมายของความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (Person-environment transaction definitions)ว่า หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยผ่านกระบวนการทำงานทางปัญญา ถ้าบุคคลรับรู้และประเมินค่าสิ่งแวดล้อมว่าเกินพลังความสามารถหรือเกินทรัพยากรที่บุคคลมีอยู่ และเป็นอันตรายต่อความผาสุก ลักษณะที่เกิดขึ้นนั้นเรียกว่า ความเครียด ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ ต้องอาศัยการประเมินค่าโดยใช้ปัญญา (Cognitive appraisal)
2. ภาวะซึมเศร้า (Depression) ดิงค์ไมเยอร์ และ สเปนอร์รี (Dinkmeyer & Sperry, 2000) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลในภาวะปกติ ซึ่งเป็น การแสดงออกของการเสียสมดุลทางอารมณ์ อาการจะประกอบด้วย อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด รู้สึกหมดความ สนใจในสิ่งต่าง ๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความคิดและการ เคลื่อนไหวช้าลง หรือฟุ้งฟ่วนกระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำห็นตนเองมากผิดปกติ สมาธิเสียมีความคิด ยากตาย ซึ่งถ้ามีอาการดังกล่าวตลอดเวลา และอาการเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมี ผลกระทบต่ออาชีพ การทำงาน หรือการเรียน ถือว่าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์

แบบประเมินภาวะสุขภาพ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัย ใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็น โรคเรื้อรัง จำนวน 2 เครื่องมือ ดังนี้

1. แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) (สุวัฒน์ มหัต นีรันดร์กุล , 2540) ซึ่งแบบวัดความเครียดสวนปรุงนี้เป็นแบบวัดความเครียดที่สร้างขึ้นมาเพื่อวัด ความเครียด ที่เหมาะสมหรับคนไทย จากกรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคมของ

ความเครียด ซึ่งเหมาะที่จะนำมาใช้เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับความเครียด ทราบที่มาของความเครียด การใช้ชีวิตประจำวันที่มีผลต่อการเกิดความเครียดหรือการปรับตัวรับกับความเครียด และอาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้ เหมาะจะใช้ในการให้บริการปรึกษาและแนะนำ โดยเครื่องมือนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒินำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 149 คน แล้วปรับปรุงแบบวัดความเครียด ได้แบบวัดความเครียดจำนวน 102 ข้อ การหาความตรงตามสภาพ(Concurrent Validity) จากกลุ่มตัวอย่าง 523 คน เครื่องมือมาตรฐานที่ใช้คือค่าความเครียดของกล้ามเนื้อ (Electromyography:EMG) ซึ่งมีความแม่นยำ ตรงตามสภาพมากกว่า 0.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่ออิงตามค่า EMG ที่ช่วงความ เชื่อมั่น 95% แบ่งระดับความเครียดของแบบวัดความเครียดที่สร้างซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง และรุนแรง โดยใช้คะแนนปกติ (Normalized T-Score) ในการแบ่งโดยอิงตามค่า EMG ที่ใช้เป็นมาตรฐาน และปรับให้เครื่องมือมีขนาดเล็กลงเหลือ 60 ข้อ และ 20 ข้อ พร้อมทั้งหาคุณภาพของแบบวัดที่ได้ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ปัจจัย เพื่อสกัดตัวปัจจัยให้เหลือข้อคำถามน้อยลง ทั้งนี้ข้อคำถามที่เหลือจะต้องมีค่าความเชื่อมั่นครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) มากกว่า 0.7 และยังคงสัมพันธ์กับค่า EMG อย่างมีนัยสำคัญ

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2537) คือการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ไปสู่ภาวะของจิตใจที่เศร้าซึม หม่นหมอง ไม่มีความสุข รู้สึกท้อถอย เบื่อหน่าย หดหู่ คับแค้นใจ รู้สึกหมดหวัง ทุกข์ใจ ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ต่ำหนืดตนเอง ไม่มีชีวิตชีวา และอาการอ่อนกำลัง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หรือมีความอยากรับประทานอาหารเปลี่ยนไป และแยกตัวจากสังคม ซึ่งเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยเน้นด้านจิตใจ ซึ่งแปลผลเป็นภาวะสุขภาพจิตปกติ เศร้าเล็กน้อย เศร้าปานกลาง และเศร้ามืดมน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรังและอยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี จำนวน 5,756คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย(simple random sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครจีซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan. 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 361 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ คุณลักษณะของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ ระดับความเครียด และ ระดับภาวะซึมเศร้า

สถานที่ในการศึกษาวิจัย

เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

ระยะเวลา 1 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการคัดกรอง และค้นหาผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตพร่อง
2. ทราบลักษณะประชากรผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะเครียด และภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลในการช่วยเหลือและสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น
3. มีฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข ที่จะพัฒนาไปสู่การสร้างเมืองผู้สูงอายุแสนสุข

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรังและอยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่เมื่อเป็นแล้วจะมีอาการหรือต้องรักษาติดต่อกันนาน เป็นแรมเดือน แรมปีหรือตลอดชีวิต มักได้แก่โรคไม่ติดเชื้อเป็นส่วนใหญ่ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต โรคหัวใจ โรคหืด หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง ตับแข็ง มะเร็ง เป็นต้น

สุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีกับบุคคลอื่น และดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสมดุลอย่างสุขสบาย รวมทั้งสนองความสามารถของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงได้ โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ และไม่ขัดกับสภาพความเป็นจริงในสังคมที่ผู้สูงอายุนั้นดำรงชีพอยู่

ภาวะสุขภาพจิต หมายถึง ผลการประเมินความเครียด และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยมีการแปลผลการประเมินเป็นระดับความเครียด และระดับภาวะซึมเศร้า

ระดับความเครียด หมายถึง ผลการประเมินความเครียดโดยการใช้เครื่องมือเป็นแบบวัดความเครียดของสวนปรุง ที่พัฒนาขึ้นใช้กับคนไทย จำนวน 20 ข้อ และสามารถแปลผลระดับความเครียด ออกเป็น 4 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง และรุนแรง

ระดับภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 ข้อ และสามารถแปลผลระดับภาวะซึมเศร้า เป็น 47 ระดับ คือ ภาวะสุขภาพจิตปกติ เศร้าเล็กน้อย เศร้าปานกลาง และเศร้ารุนแรง

โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส หมายถึง กระบวนการ หรือวิธีการให้คำปรึกษา โดยใช้โครงสร้างประสบการณ์เฉพาะที่เกิดขึ้นผ่านระบบประสาททั้ง 5 เข้าสู่กระบวนการใส่รหัส และให้ความหมาย เพื่อแสดงออกมาเป็นวัจนภาษา และ อวัจนภาษา โดยจิตสำนึกและจิตใต้สำนึกของแต่ละบุคคล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและสุขภาพจิต
2. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
4. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
5. ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเรื่องภาวะสุขภาพและสุขภาพจิต

ภาวะสุขภาพ

โพล และโทมัส (Pol & Thomas, 1992) ได้สรุปแนวคิด สุขภาพตามแนวคิดต่างๆ ไว้ 4 แนวคิด ดังนี้

1. แนวคิดทางการแพทย์ (The Medical Model) โดย โวลินสกี (Wolinsky, 1988) มีรากฐานมาจากทฤษฎีว่าด้วยเชื้อโรค เป็นการเน้นเรื่องของอาการที่แสดงออกมาที่สามารถตรวจพบได้ ภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย จึงมีความหมายถึง ความปกติกับความไม่เป็นปกติ เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ที่สามารถใช้ประเมินความผิดปกติหลายชนิดได้ จุดอ่อนของแนวคิดนี้คือ การที่เน้นเรื่องอาการแสดงทางคลินิกที่สามารถตรวจพบได้ ก่อให้เกิดปัญหาในการประเมินภาวะบางประการ เช่น การเจ็บป่วยทางจิต

2. แนวคิดที่เน้นด้านหน้าที่การทำงาน (The Functional Mode) โดย เพียร์สัน (Parsons, 1972) แนวคิดนี้มองสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยว่า เป็นการแสดงถึงระดับของความปกติทางสังคม มากกว่าความปกติทางสรีระ บุคคลที่ถึงแม้จะไม่มีอาการแสดงทางคลินิก แต่หากไม่สามารถปฏิบัติภารกิจในสังคมได้แล้ว ก็หมายความว่าบุคคลนั้นมีสุขภาพป่วย เช่น คนติดสุราเรื้อรัง

3. แนวคิดด้านสุขภาพจิตใจ (The Psychological Model) โดย แอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1979) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพด้วยการให้ตัวบุคคลเป็นผู้ประเมินตนเอง เน้นเรื่องจิตใจเป็นสำคัญ โดยมองว่า ความเครียด คือ ตัวการที่ทำให้คนเจ็บป่วย

4. แนวคิดทางด้านกฎหมาย (The Legal Mode) เป็นแนวคิดที่ใช้กับการเจ็บป่วยทางจิตใจ เท่านั้น ใช้เฉพาะในกรณีที่มีความจำเป็นต้องตัดสินสมรรถภาพของบุคคล เพื่อพิจารณาว่าบุคคลใดสมควรต้องถูกส่งเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล หรืออยู่ในความควบคุมหรือไม่

ตัวชี้วัดสุขภาพ/ สภาวะสุขภาพ หรือดัชนีอนามัย (Health Indicator)

ตัวชี้วัดสภาวะสุขภาพ หรือดัชนีอนามัย หมายถึง เครื่องบ่งชี้สภาวะสุขภาพอนามัยของชุมชน โดยมากเป็นการวัดด้านปริมาณ เพื่อแสดงถึงสุขภาพอนามัยของชุมชน ในด้านต่างๆ มีลักษณะเป็นได้ทั้งในรูปอัตรา อัตราส่วน และสัดส่วน ดัชนีอนามัย เป็นเครื่องบ่งชี้ความถี่ของการเกิดการเจ็บป่วย ความพิการ การตาย และสภาวะสุขภาพอนามัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น อัตราป่วยและอัตราการตายด้วยโรคต่างๆ การให้และการใช้บริการอนามัยของชุมชน ดัชนีหรือเครื่องชี้วัดที่แสดงถึงความรุนแรงของการเกิดความเจ็บป่วยหรือการตาย ซึ่งเครื่องชี้วัดดังกล่าวมักอยู่ในอัตรา อัตราส่วน และสัดส่วน หรือความถี่ของการเกิดอุบัติเหตุ สถิติที่นิยมใช้ทั่วไป มักนิยมใช้เป็นอัตราต่อพันประชากร หรืออัตราต่อแสนประชากร

สุขภาพ เป็นสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ คือ การมีร่างกายสมบูรณ์ไม่เจ็บป่วยและไม่พิการโดยไม่สมควร มีปัจจัยในการดำรงชีวิตที่เพียงพอ มีจิตใจเบิกบาน มีปัญญาดี ไม่เครียด ไม่ถูกบีบคั้น ครอบครัวยุติ สันติแวดล้อมดี ชุมชนเข้มแข็ง สังคมเป็นปกติสุข มีความเสมอภาคและสมานฉันท์ ได้ทำความดี มีศาสนาธรรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ(อำพล จินดาวัฒนะ. 2546 : 16)

ความหมายและความสำคัญของสุขภาพกายและสุขภาพจิต

ความหมาย

องค์การอนามัยโลก(WHO) ซึ่งเป็นองค์การสากลที่เกี่ยวข้องกับการควบคุม ดูแล และส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชากรทั่วโลก ให้คำจำกัดความของคำว่า สุขภาพกาย และสุขภาพจิต ไว้ดังนี้

สุขภาพกาย หมายถึง สภาพของร่างกายที่เจริญเติบโต แข็งแรง สมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ไม่ทุพพลภาพ อวัยวะต่างๆ อยู่ในสภาพที่ดีมีความสมบูรณ์ แข็งแรง สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กันทุกส่วนได้เป็นอย่างดีและก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานด้วย

สุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีกับบุคคลอื่น และดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุขสบาย รวมทั้งสนองความสามารถของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงได้ โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ และไม่ขัดกับสภาพความเป็นจริงในสังคมที่บุคคลนั้นดำรงชีพอยู่

ความสำคัญ

ความมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีส่งผลให้

1. สภาพร่างกายและจิตใจมีการพัฒนาการและเจริญเติบโตได้เหมาะสมกับวัย
2. การทำงานของอวัยวะต่างๆ มีความสมบูรณ์แข็งแรง และทำงานได้อย่างปกติ
3. บุคคลมีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้เป็นอย่างดี

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

ความหมายของความเครียด

ได้มีผู้ศึกษาวิจัย และนักวิชาการให้ความหมายของความเครียดไว้มากมาย ดังนี้

เซย์เย (Selye , 1956 , pp.53-54) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นกลุ่มอาการที่ร่างกายแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม อันเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้างและปฏิกิริยาทางสรีระของร่างกาย ทั้งนี้เพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น ซึ่ง Selye ได้ทำการทดลองกับสัตว์ทดลองในห้องทดลอง โดยกระตุ้นให้สัตว์ทดลองนั้นอยู่ในภาวะที่ได้รับอันตราย (Noxious Stimuli) เช่น ความร้อน ความเย็น ความเจ็บปวด ความกดดันจากแสง การจำกัดการเคลื่อนไหว ความหิว และอื่น ๆ โดยเรียกสิ่งกระตุ้นนั้นว่าสิ่งคุกคาม (Stressor) ซึ่งหมายถึง สิ่งที่เป็นสาเหตุของความเครียดนั่นเอง

มิลเลอร์ และเคนน์ (Miller & Keane , 1972 , pp.915-916) ได้กล่าวถึงความหมายของความเครียดว่าเป็น ความกดดันที่เกิดขึ้นกับบุคคลและได้แบ่งความเครียดออกเป็นความเครียดทางร่างกายและความเครียดทางจิตใจ โดยสรุปสาระสำคัญไว้ดังนี้

ความเครียดทางร่างกาย มี 2 ชนิด คือ

1. ความเครียดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (Emergency Stress) เช่น ความเครียดที่เกิดจากอุบัติเหตุต่าง ๆ หรือเกิดเหตุการณ์ที่น่าสะพรึงกลัวขึ้นอย่างเฉียบพลัน
2. ความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Continuing Stress) คือ ความเครียดทางร่างกายที่ถูกรบกวนโดยสิ่งคุกคามติดต่อกันไปเรื่อย ๆ เช่น เสียงดังเกินไป หรือร่ายเกินไป การจราจรติดขัด ก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดประเภทนี้ได้

ความเครียดทางจิตใจ คือ การตอบสนองเมื่อคิดหรือรู้สึกว่าจะเกิดอันตราย ซึ่งอาจเป็นผลจากการคิดคำนึงก็ได้ เช่น จากการบอกเล่าของคนอื่น จากการชมภาพยนตร์ หรือ จากประสบการณ์ในอดีตก็ได้

กาเมซี และเรตเตอร์ (Garmezy & Retter , 1983) ได้ให้นิยามความเครียดไว้ว่า ความเครียดคือ สิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาการตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman , 1984) ได้ให้ความหมายของความเครียดใน ความหมายของความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (Person-environment transaction definitions) ว่า หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมโดยผ่านกระบวนการทำงานทาง ปัญญา ถ้าบุคคลรับรู้และประเมินค่าสิ่งแวดล้อมว่าเกินพลังความสามารถหรือเกินทรัพยากรที่บุคคลมีอยู่ และเป็นอันตรายต่อความผาสุก ลักษณะที่เกิดขึ้นนั้น เรียกว่า ความเครียด ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ ต้องอาศัยการประเมินค่าโดยใช้ปัญญา (Cognitive appraisal)

ลักแมนน์ และโซเรนเซน (Luckmann & Sorensen , 1987 , p.31) กล่าวว่า ความเครียด เป็น ปฏิกริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มารบกวนภาวะสมดุลของร่างกาย

จอห์นสัน (Johnson , 1990 pp.243-245) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง การตอบสนองของ ร่างกายโดยทั่วไปหรือไม่เฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนให้รู้ถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการ ปรับเปลี่ยนให้เกิดความเหมาะสม เพื่อที่จะได้คืนสู่ภาวะปกติ อารมณ์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเครียด ได้แก่ ความโกรธ ความกลัว ความคับข้องใจ และความเครียด ในระดับสูงอาจก่อให้เกิดปัญหาทาง ร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ แผลพุพอง ปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2540) ให้ ความหมายของ ความเครียดว่า เป็นสภาวะ ของร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับตัวต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ทำให้เกิด ความบีบคั้น กดดัน หรือคุกคาม ให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียด

ลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman , 1984) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลและมีผลต่อ การประเมินค่าทางสติปัญญาของบุคคล ว่าประกอบด้วย 2 ปัจจัย ที่สำคัญคือ

1. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่

1.1 ข้อผูกพัน (Commitments) เป็นการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่ามีความสำคัญ หรือมีความหมายต่อตนเองมากเพียงใด ยิ่งมีมากก็ยิ่งทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่า คุกคามต่อ ตนเองมาก การมีข้อผูกพันมากต่อเหตุการณ์นั้น อาจทำให้เกิดแรงผลักดันในการกระทำเพื่อแก้ไขให้ สถานการณ์ดีขึ้น

1.2 ความเชื่อ (Beliefs) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าสถานการณ์นั้นเขาสามารถควบคุม ได้หรือไม่ เช่น ถ้าเชื่อว่าสถานการณ์นั้นเขาสามารถควบคุมได้จะทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์หรือ สิ่งแวดล้อมนั้นในลักษณะที่ท้าทาย หรือก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง แต่ถ้าบุคคล ประเมินสถานการณ์แล้วว่าไม่สามารถควบคุมได้บุคคลนั้นอาจเกิดความเครียดและรู้สึกแสดงออกมาใน ลักษณะของการสูญเสียหรือเกิดภาวะคุกคามต่อตนเองได้

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์ เป็นปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและมีอิทธิพลต่อบุคคล ได้แก่

2.1 ความรุนแรงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นสถานการณ์ที่รุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิตบุคคลย่อมประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดที่คุกคาม ทำให้เกิดความเสียหายอย่างมากต่อตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิมในอดีตและความรู้ของบุคคลนั้น ๆ ด้วย

2.2 ความสามารถในการทำนายหรือคาดเดาสถานการณ์ในอนาคต หากเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ ที่บุคคลนั้นไม่เคยประสบมาก่อนทำให้เขาไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองในอนาคตเหตุการณ์นั้นก็จะทำให้บุคคลเกิดความเครียดได้

2.3 ระยะเวลาของการเกิดสถานการณ์ ระยะเวลาของการเกิดสถานการณ์ที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียดนั้น หากเป็นกรณีที่เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลันมักจะทำให้บุคคลเกิดความเครียดสูงกว่าสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป เนื่องจากบุคคลจะมีโอกาสในการปรับตัว และเรียนรู้การเผชิญความเครียดตามช่วงระยะเวลาดังกล่าว ทำให้สามารถแก้ปัญหาและปรับตัวเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมขึ้น

สาเหตุของความเครียด

กรมสุขภาพจิต (2541 , หน้า 35-39) กล่าวถึง สาเหตุของความเครียดว่ามาจาก 2 สาเหตุใหญ่ ๆ คือ

1. สาเหตุจากปัจจัยภายในตัวบุคคล

1.1 สาเหตุทางกาย สภาวะทางกายบางประการ ทำให้เกิดความเครียดได้ในลักษณะที่เรียกว่า ร่างกายเครียด ซึ่งปัจจัยทางร่างกายที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่

1.1.1 คุณลักษณะของพันธุกรรม ที่ทำให้บุคคลมีลักษณะพื้นฐานที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง เพศ สีผิว ความเข้มแข็ง หรือความอ่อนแอของระบบการทำงานของร่างกาย ตลอดจนความพิการทางร่างกายที่เป็นมาแต่กำเนิด

1.1.2 ความเหนื่อยล้าทางร่างกาย อันเกิดจากการได้ผ่านการทำงานอย่างหนัก และติดต่อกันเป็นเวลานาน ซึ่งจะมีความเกี่ยวเนื่องมาจากสภาพความสมบูรณ์ แข็งแรงของร่างกายที่จะทำให้แต่ละคนมีความพร้อมในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่แตกต่างกัน

1.1.3 การพักผ่อนไม่เพียงพอ

1.1.4 การเจ็บป่วยทางร่างกาย

1.1.5 ภาวะโภชนาการ ได้แก่ ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหารที่จะ

มีผลต่อความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย เช่น การรับประทานอาหารไม่ถูกสัดส่วน ไม่เพียงพอ หรือการบริโภคสารบางประเภท เช่น สุรา บุหรี่ กาแฟ สิ่งเสพติดต่าง ๆ ล้วนทำให้เกิดความเครียดได้

1.1.6 ลักษณะท่าทางที่ปรากฏเกี่ยวกับโครงสร้างของกล้ามเนื้อ ผิวหนัง และการทรงตัว เช่น การเดิน ยืน วิ่ง นั่ง นอน หากอยู่ในลักษณะที่ไม่เหมาะสมย่อมเกิดความเครียดได้

1.2 สาเหตุทางจิตใจ ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับความเครียดมากที่สุด ได้แก่

1.2.1 บุคลิกภาพบางประเภทที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย

1.2.1.1 บุคลิกภาพแบบเอาจริงเอาจังกับชีวิต เป็นคนที่ต้องการความสมบูรณ์แบบให้กับทุกสิ่งทุกอย่าง ขยัน ยึดมั่นกฎเกณฑ์ บุคลิกภาพแบบนี้ทำให้ต้องทำงานหนักและทำทุกอย่างด้วยตนเอง

1.2.1.2 บุคลิกภาพแบบพึ่งพิงผู้อื่น เป็นคนที่มีลักษณะ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าตัดสินใจ จะเป็นคนที่วิตกกังวลง่าย ทำอะไรต้องอาศัยผู้อื่น หวาดหวั่นกับอนาคตอยู่เสมอ

1.2.1.3 บุคลิกภาพแบบจุนหันพลันแล่น เป็นคนที่มีลักษณะ ใจร้อน ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึ่งส่งผลกระทบไปถึงภาวะสมดุลของร่างกาย

2. การเผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต (Live event) เป็นเหตุการณ์ ความเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมปกติของบุคคลโดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อาจก่อให้เกิดผลทางบวกหรือลบก็ได้ ทำให้บุคคลต้องปรับตัว

3. ความขัดแย้งในใจ (Conflict) เกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญทางเลือกสองทางขึ้นไป แต่ทางเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง อาจจะเป็นทางเลือกในสิ่งที่ไม่ต้องการ ไม่อยากได้

4. ความคับข้องใจ (Frustration) เกิดจากการที่บุคคล ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ สาเหตุที่ก่อให้เกิดความคับข้องใจ 4 ประการ คือ

4.1 ความรู้สึกบางประเภท ได้แก่ ความรู้สึกสูญเสีย อาจจะเป็นการสูญเสียคนที่รัก เกียรติยศ ชื่อเสียง หรือความภาคภูมิใจ ความรู้สึกล้มเหลวในชีวิต ความรู้สึกเหล่านี้ ทำให้หมดหวังไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้

4.2 อารมณ์ที่ไม่ดีทุกชนิด ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล ความโกรธ ความเศร้า ความทุกข์ใจ เป็นต้น

4.3 การขาดคุณสมบัติบางประเภทของบุคคล เช่น การขาดความสามารถ การขาดทักษะในการทำงาน การขาดความรับผิดชอบ เป็นต้น

4.4 ความล่าช้าของเหตุการณ์หรือการไปสู่เป้าหมายที่ต้องการอันเกิดจากธรรมชาติหรือลักษณะของเหตุการณ์นั่นเอง หรือเกิดจากปัจจัยแวดล้อมของเหตุการณ์ หรือเกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคลนั่นเอง

2. สาเหตุจากปัจจัยสิ่งแวดล้อม

2.1 ทางกายภาพ เช่น อุณหภูมิ ภูมิอากาศ ความหนาแน่นของประชากร ภัยธรรมชาติ ลักษณะทางกายภาพ เหล่านี้มีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลและทำให้ต้องปรับตัวอยู่ตลอดเวลา ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้

2.2 ทางชีวภาพ เป็นสิ่งแวดล้อม ที่เป็นสิ่งมีชีวิต และทำอันตรายต่อบุคคลได้ เช่น เชื้อโรคต่าง ๆ

2.3 ทางสังคม วัฒนธรรม ปรัชญาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคม และสิ่งที่บุคคลกระทำ จะมีผลกระทบต่อกันตลอดเวลา ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่

2.3.1 สถานภาพ และบทบาทในสังคมของบุคคลซึ่งอาจจะมีหลายสถานภาพ และหลายบทบาท หากบทบาทหลายอย่างนี้มีความขัดแย้ง หรือมีความแตกต่างกันมาก ก็อาจทำให้เกิดความยากลำบากในการปรับตัวและเครียดได้

2.3.2 บรรทัดฐานทางสังคม บางครั้งกฎเกณฑ์ที่เป็นธรรมเนียมปฏิบัติ ของสังคมไม่สอดคล้องกับความต้องการของบุคคลหรือเป็นกฎเกณฑ์ที่เคร่งครัดมาก ย่อมก่อให้เกิดความเครียดแก่บุคคลได้

2.3.3 ระบบการเมือง การปกครอง ซึ่งมีผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล หากเป็นระบบการเมืองการปกครอง ที่เคร่งครัด ทำให้ประชาชนรู้สึกถูกคุกคามหรือถูกควบคุม โดยเฉพาะเรื่องสิทธิเสรีภาพต่าง ๆ หรือเป็นระบบการเมืองการปกครองที่ทำให้ประเทศขาดความมั่นคง ย่อมก่อให้เกิดความเครียดกับประชาชนได้

ระดับความเครียด

ความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าจะเกิดจากสาเหตุเดียวกัน แต่บุคคลรับรู้ หรือประเมินค่าความเครียดในแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน มีผู้แบ่งระดับความเครียดไว้หลายแนวทาง ดังต่อไปนี้

1. แจนิส (Janis , 1952 , p.13) แบ่งระดับความเครียดตามระยะเวลาที่ความเครียดคงอยู่ในตัวบุคคล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

1.1 ความเครียดระดับต่ำ (Mild stress) เป็นความเครียดที่มีอยู่เล็กน้อย พบในชีวิตประจำวัน เป็นความเครียดที่มีสาเหตุจากเหตุการณ์เพียงเล็กน้อย และหมดไปในระยะเวลา อันสั้น เพียงวินาที หรือภายในชั่วโมง เท่านั้น เช่น พบอุปสรรคในการเดินทางไปทำงาน การพลาดนัด เป็นต้น

1.2 ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate stress) เป็นภาวะที่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ความเครียดระดับนี้อาจใช้เวลาเป็นชั่วโมงหรือหลายชั่วโมง จนกระทั่งเป็นวัน เช่น ความเครียดจากการทำงานมากเกินไป ความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง ระดับความเครียดปานกลางนี้เป็นระดับที่ร่างกายและจิตใจตอบสนอง โดยการต่อสู้กับความเครียดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ พฤติกรรม อารมณ์และความนึกคิด เพื่อขจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดหรือผ่อนคลายความเครียดลง จนกระทั่งการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ กลับสู่สภาพปกติ

1.3 ความเครียดระดับรุนแรง (Severe stress) ความเครียดชนิดนี้จะแสดงอาการ อยู่ยาวนานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี เช่น ความเครียดจากการสูญเสียคนรัก การเจ็บป่วยอย่างร้ายแรง การล้มเหลวในการทำงาน การสูญเสียอวัยวะของร่างกาย ซึ่งเป็นผลให้ร่างกายและจิตใจเกิดความฟ่ายแพ้ต่อความเครียด มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างเห็นได้ชัด มีพยาธิสภาพ และความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทำให้มีผลต่อการดำเนินชีวิต

2. ซาเวอรี (Savery , 1986 , pp.17-20) แบ่งระดับความเครียดตามผลกระทบของความเครียดต่อสุขภาพร่างกาย และจิตใจของบุคคล แบ่งเป็น 4 ระดับคือ

2.1 ความเครียดระดับที่ 1 เป็นความเครียดชั่วคราว เป็นผลที่ทำให้เกิดการเพิ่มของอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และมีการเปลี่ยนแปลงของระบบเผาผลาญในร่างกาย

2.2 ความเครียดระดับที่ 2 เป็นความเครียดที่เพิ่มความรุนแรงขึ้น มีผลต่อสุขภาพจิต คือ มีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ วิตกกังวล ตกใจง่าย มีอาการของความเครียด ระดับที่ 1 เป็นเวลานาน

2.3 ความเครียดระดับที่ 3 เป็นความเครียดที่รุนแรงขึ้น ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ อาหารไม่ย่อย เจ็บหน้าอก ต้องปรึกษาแพทย์เพื่อบรรเทาอาการ

2.4 ความเครียดระดับที่ 4 เป็นความเครียดระดับรุนแรงที่สุด ทำให้เกิดอาการแผลในกระเพาะอาหาร เป็นลมบ่อย ดิสดร่า หรือยาระงับประสาท มีอาการทางจิตประสาทที่บ่งชี้ความรุนแรงของความเครียด และอาจรุนแรงถึงหัวใจหยุดเต้นหรือตายได้

3. ดูปลิน (Dubrin , 1990 , p.164) แบ่งระดับความเครียดตามปริมาณของความเครียดที่สัมพันธ์กับผลของการปฏิบัติงาน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

3.1 ความเครียดระดับต่ำ จะไม่ทำให้เกิดการท้าทายในการปฏิบัติงาน ผู้บริหารจะเกิดความเครียด ความเกียจคร้าน ความเบื่อหน่าย ขาดความสนใจในงาน ทำงานแบบเข้าขามเย็นขามให้เวลาหมดไปเรื่อย ๆ ประสิทธิภาพการทำงานต่ำ

3.2 ความเครียดระดับปานกลาง เมื่อความเครียดเพิ่มขึ้น การปฏิบัติงานจะดีขึ้นเพราะความเครียดจะช่วยกระตุ้นให้คนใช้พลังงานในการทำงานเพิ่มขึ้น และเป็นสิ่งเร้าให้ทำงานตามสิ่งที่ท้าทายนั้นไปจนถึงระดับหนึ่ง que ผู้บริหารทำได้ที่สุดภายใต้ปริมาณความเครียดที่เหมาะสม

3.3 ความเครียดระดับสูง เมื่อเกิดความเครียดเพิ่มขึ้นและต่อเนื่องเป็นเวลานานขึ้น พลังในร่างกายที่ต่อต้านกับแรงกดดันภายนอกจะค่อย ๆ ลดลงและหมดเรี่ยวแรง การทำงานจะลดลง

การประเมินความเครียด

การประเมินความเครียด หรือการวัดความเครียดสามารถทำได้หลายแบบ ซึ่งมีผู้ศึกษาและค้นคว้ารูปแบบต่าง ๆ ไว้มากมาย สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือวัดและประเมินความเครียดสวนปรง Suanprung Stress Test-20 , SPST – 20 (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล , 2540) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่เหมาะสมสำหรับคนไทย เครื่องมือชุดนี้ เหมาะที่จะนำมาใช้เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับความเครียด ทราบที่มาของความเครียด การใช้ชีวิตประจำวันที่มีผลต่อการเกิดความเครียดหรือการปรับตัวรับกับความเครียด และอาการของ ความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งเหมาะจะใช้ในการให้บริการปรึกษาและแนะนำ

คุณสมบัติของเครื่องมือ Suanprung Stress Test

1. ผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒินำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 149 คน แล้วปรับปรุงแบบวัดความเครียด ได้แบบวัดความเครียดจำนวน 102 ข้อ

2. การหาคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงตามสภาพ(Concurrent Validity)ในจากกลุ่มตัวอย่าง 523 คน เครื่องมือมาตรฐานที่ใช้คือค่าความเครียดของกล้ามเนื้อ (Electromyography: EMG) ซึ่งมีความแม่นยำ ตรงตามสภาพมากกว่า 0.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่ออิงตามค่า EMG ที่ช่วงความ เชื่อมั่น 95%

3. การแบ่งระดับความเครียดของแบบวัดความเครียดที่สร้างซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง และรุนแรง โดยใช้คะแนนปกติที่ (Normalized T-Score) ในการแบ่งโดยอิงตามค่า EMG ที่ใช้เป็นมาตรฐาน

4. การปรับให้เครื่องมือมีขนาดเล็กลงเหลือ 60 ข้อ และ 20 ข้อ พร้อมทั้งหาคุณภาพของแบบวัดที่ได้ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ปัจจัย เพื่อสกัดตัวปัจจัยให้เหลือข้อคำถามน้อยลง ทั้งนี้ข้อคำถามที่เหลือจะต้องมีค่าความเชื่อมั่นครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) มากกว่า 0.7 และยังคงสัมพันธ์กับค่า EMG อย่างมีนัยสำคัญ

วัตถุประสงค์ของการใช้

เพื่อประเมินความเครียดของบุคคลว่าอยู่ในระดับใด มากน้อยแค่ไหน ก่อนจะนำไปสู่การแก้ไข ที่เหมาะสม

วิธีการนำไปใช้

แบบวัดความเครียดสวนปรุง เป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถตอบได้ด้วยตนเอง ตามข้อความที่ตรงกับความรู้สึกหรือประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับผู้ตอบโดยผู้ตอบต้องอ่านหนังสือได้จะเหมาะกับคนในวัยทำงานหรือวัยเรียน (โดยคำถามที่เกี่ยวกับงาน จะเปลี่ยนเป็นเรื่องเรียนแทน) แบบวัดความเครียดสวนปรุงจะมี 3 ชุด คือ ชุด 102 ข้อ 60 ข้อ และ 20 ข้อ แต่ละข้อมี 5 คำตอบ

การให้คะแนน

ให้ผู้ตอบอ่านคำถามแล้วสำรวจดูว่าในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับผู้ตอบบ้าง ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ แต่ถ้ามีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับผู้ตอบ ให้ประเมินว่าผู้ตอบ มีความ รู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น แล้วให้เครื่องหมายในช่อง นั้น ๆ

การให้คะแนนของแบบวัดความเครียดสวนปรุง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนน 1 – 2 – 3 – 4 – 5) ดังนี้

ตอบไม่รู้สึกรู้สึกเครียด	ให้ 1 คะแนน
ตอบเครียดเล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน
ตอบเครียดปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ตอบเครียดมาก	ให้ 4 คะแนน
ตอบเครียดมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
ไม่ตอบ	ให้ 0 คะแนน

การแปลผล

แบบวัดความเครียดสวนปรุง ชุด 20 ข้อ มีคะแนนรวมไม่เกิน 100 คะแนน โดยผลรวมที่ได้ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 – 23	เครียดน้อย
คะแนน 24 – 41	เครียดปานกลาง
คะแนน 42 – 61	เครียดสูง
คะแนน 62 ขึ้นไป	เครียดรุนแรง

โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความเครียดในระดับต่ำ (Mild Stress) หมายถึง ความเครียดขนาดเล็กน้อย ๆ และหายไป
 ในระยะเวลาอันสั้นเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนี้ ไม่คุกคาม
 ต่อชีวิต บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ เป็นการปรับตัวด้วยความเคยชินและการปรับตัวต้องการ
 พลังงานเพียงเล็กน้อยเป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย
2. ความเครียดในระดับปานกลาง (Moderate Stress) หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึ้นใน
 ชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคาม หรือพบเหตุการณ์สำคัญ ๆ ในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง
 ออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่ว ๆ ไป
 ไม่รุนแรง จนก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น
3. ความเครียดในระดับสูง (Height Stress) เป็นระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิด
 ความเครียดสูง ไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้นถือว่าอยู่ในเขตอันตราย หาก
 ไม่ได้รับการ บรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง เกิดโรคต่าง ๆ ในภายหลังได้
4. ความเครียดในระดับรุนแรง (Severe Stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนิน
 ติดต่อกันมา อย่างต่อเนื่องจนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัวจนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้
 หหมดแรง ควบคุมตัวเอง ไม่ได้ เกิดอาการทางกายหรือโรคร้ายต่าง ๆ ตามมาได้ง่าย

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะของความผิดปกติทางอารมณ์รูปแบบหนึ่ง โดยมีอาการ
 ซึมเศร้าเป็นอาการเด่น เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของคนเรา อาจมีอาการแสดงตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไป
 จนถึงระดับรุนแรงมาก ซึ่งจะนำไปสู่ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ ความคิด และสังคม
 ทำให้เกิดความเสื่อมหรือความบกพร่องในบทบาทหน้าที่ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือแก้ไข จะรู้สึกหมด
 หวัง ไร้คุณค่า มีความคิดในด้านลบ มีพฤติกรรมถอยหนี หรือมีความพยายามฆ่าตัวตายได้ในที่สุด ซึ่ง
 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าว่าเป็นสาเหตุของภาวะสูญเสีย
 ความสามารถของประชากรโลก 1 ใน 10 อันดับแรกคิดเป็นร้อยละ 10.7 ของประชากรโลก (Murray &
 Lopez, 2003) สำหรับในประเทศไทยมีรายงานเกี่ยวกับการสูญเสียความสามารถของภาวะซึมเศร้า ปี
 พ.ศ. 2543 โดยจัดอยู่ใน 10 อันดับแรกเช่นกัน (กรมสุขภาพจิต, 2546) จากการสำรวจทั้งประชากร
 ทั่วไปและประชากรเฉพาะอายุ พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้มากถึงร้อยละ 20-40 (กรม
 สุขภาพจิต, 2547) แม้ภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ที่พบอาจไม่รุนแรงจนเป็นโรค แต่อารมณ์ซึมเศร้าของ
 คนเราก็มีผลต่อความคิด การตัดสินใจ และความสามารถในการทำงานที่ลดลง ในกรณีที่มีภาวะซึมเศร้า
 ที่รุนแรง เช่น โรค major depressive disorder ก็จะเป็นปัญหาต่อผู้ป่วย ทั้งจากการเสี่ยงต่อการ

ฆ่าตัวตาย กระทั่งต่อการดำรงชีวิตประจำวัน รวมทั้งเป็นการระตอญาติและสังคม เฉพาะอัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคซึมเศร้าทั่วประเทศ จากอัตราผู้ป่วย 55.9 คนต่อประชากร 1 แสนคนในปี พ.ศ. 2540 เพิ่มขึ้นเป็น 168.2 คนต่อประชากร 1 แสนคนในปี พ.ศ. 2545 หรือเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าและมีแนวโน้มจะสูงขึ้นอีก(กรมสุขภาพจิต, 2547) สาเหตุของโรคซึมเศร้าเท่าที่ทราบปัจจุบันเป็นสาเหตุจากหลายปัจจัยร่วมกันทั้งปัจจัยทางชีวภาพและปัจจัยทางจิตสังคม ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการเกิน 1 เดือน จะเสียชีวิตโดยการฆ่าตัวตายร้อยละ 15 นอกจากนี้ ยังพบว่าร้อยละ 60 ถึง 90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน สำหรับในประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายเมื่อปี พ.ศ. 2541 เท่ากับ 11.7 รายต่อประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2547)

ความหมายของภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลในภาวะปกติ ซึ่งเป็นการแสดงออกของการเสียสมดุลทางอารมณ์ อาการจะประกอบด้วย อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด รู้สึกหมดความ สนใจในสิ่งต่าง ๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความคิดและการเคลื่อนไหว ช้าลง หรือพรั่งพลา่่นกระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนืดตนเองมากผิดปกติ สมาธิเสียมีความคิด อยากตาย ซึ่งถ้ามีอาการดังกล่าวตลอดเวลา และอาการเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่ออาชีพ การทำงาน หรือการเรียน ซึ่งเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ (ดวงใจ กสานติกุล, 2543; Dinkmeyer & Sperry, 2000)

การเปลี่ยนแปลงในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า อาจเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือเป็นเร็วภายใน 1-2 สัปดาห์ก็ได้ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น การมีเหตุการณ์มากระทบรุนแรงมากน้อยเพียงใด บุคลิกเดิมของบุคคลนั้น ระดับการช่วยเหลือจากคนรอบข้าง เป็นต้น โดยผู้ที่เป็อาจไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าทั้งหมด แต่อย่างน้อยจะมีอาการหลักคล้า กัน เช่น รู้สึกเบื่อเศร้า ท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หรือนอนไม่หลับ เป็นต้น

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ(มานอนช หล่อตระกูล , 2557)

1. อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป ที่พบบ่อยคือจะกลายเป็นคนเศร้าสร้อย หดหู่ สะเทือนใจง่าย ร้องไห้บ่อย เรื่องเล็กน้อยๆ ก็ดูเหมือนจะอ่อนไหวไปหมด บางคนอาจไม่มีอารมณ์เศร้าชัดเจนแต่จะบอกว่าจิตใจหม่นหมอง ไม่แจ่มใส ไม่สดชื่นเหมือนเดิมบางคนอาจมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไปหมดทุกสิ่งทุกอย่าง สิ่งที่เดิมตนเคยทำแล้วเพลินใจหรือสบายใจ เช่น ฟังเพลง พบปะเพื่อนฝูง เข้าวัด ก็ไม่ยอมทำหรือทำแล้วก็ไม่ทำให้สบายใจขึ้น บ้างก็รู้สึกเบื่อไปหมดตั้งแต่ตื่นเข้ามา บางคนอาจมีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย อะไรก็ดูขวางหูขวางตาไปหมด กลายเป็นคนอารมณ์ร้าย ไม่ใจเย็นเหมือนก่อน

2. ความคิดเปลี่ยนไป มองอะไรก็รู้สึกว่าย่ำไปหมด มองชีวิตที่ผ่านมาในอดีตก็เห็นแต่ความผิดพลาดความล้มเหลวของตนเอง ชีวิตตอนนี้ก็รู้สึกว่าอะไรๆ ก็ดูย่ำไปหมด ไม่มีใครช่วยอะไรได้ ไม่เห็นทางออก มองอนาคตไม่เห็น รู้สึกท้อแท้หมดหวังกับชีวิตบางคนกลายเป็นคนไม่มั่นใจตนเองไป จะตัดสินใจอะไรก็ลังเลไปหมด รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไร้คุณค่า เป็นภาระแก่คนอื่น ทั้งๆ ที่ญาติหรือเพื่อนๆ ก็ยืนยันว่ายินดีช่วยเหลือ เขาไม่เป็นภาระอะไรแต่ก็ยังคิดถึงเช่นนั้นอยู่

ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ความคับข้องใจ ทรมานจิตใจ เหล่านี้อาจทำให้เจ้าตัวคิดถึงเรื่องการตายอยู่บ่อยๆ แรกๆ ก็อาจคิดเพียงแค่อยากไปให้พ้นๆ จากสภาพตอนนี้ ต่อมาเริ่มคิดอยากตายแต่ก็ไม่ได้คิดถึงแผนการอะไรที่แน่นอน เมื่ออารมณ์เศร้าหรือความรู้สึกหมดหวังมีมากขึ้น ก็จะเริ่มคิดเป็นเรื่องเป็นราวว่าจะทำอย่างไร ในช่วงนี้หากมีเหตุการณ์มากระทบกระเทือนจิตใจก็อาจเกิดการทำร้ายตนเองขึ้นได้จากอารมณ์ชั่ววูบ

3. สมาธิความจำแย่ลง จะหลงลืมง่าย โดยเฉพาะกับเรื่องใหม่ๆ วางของไว้ที่ไหนก็นึกไม่ออก ญาติเพิ่งพูดด้วยเมื่อเช้าก็นึกไม่ออกว่าเขาสั่งว่าอะไร จิตใจเหม่อลอยบ่อย ทำอะไรไม่ได้นานเนื่องจากสมาธิไม่มี ดูโทรทัศน์นานๆ จะไม่รู้เรื่อง อ่านหนังสือก็ดูไม่ถึงหน้า ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ทำงานผิดๆ ถูกๆ

4. มีอาการทางร่างกายต่างๆ ร่วม ที่พบบ่อยคือจะรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง ซึ่งเมื่อพบร่วมกับอารมณ์รู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร ก็จะทำให้คนอื่นดูว่าเป็นคนขี้เกียจ ปัญหาด้านการนอนก็พบบ่อยเช่นกัน มักจะหลับยาก นอนไม่เต็มอิ่ม หลับๆ ตื่นๆ บางคนตื่นแต่เช้ามืดแล้วนอนต่อไม่ได้ส่วนใหญ่จะรู้สึกเบื่ออาหาร ไม่เจริญอาหารเหมือนเดิม น้ำหนักลดลงมาก บางคนลดลงหลายกิโลกรัมภายใน 1 เดือน นอกจากนี้ยังอาจมีอาการท้องผูก อึดแน่นท้อง ปากคอแห้ง บางคนอาจมีอาการปวดหัวปวดเมื่อยตามตัว

5. ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนไป ดังกล่าวข้างแล้วข้างต้น ผู้ที่เป็นโรคนี้มักจะดูซึมลง ไม่ร่าเริง แจ่มใส เหมือนก่อน จะเก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยพูดจากับใคร บางคนอาจกลายเป็นคนใจน้อย อ่อนไหวง่าย ซึ่งคนรอบข้างก็มักจะไม่เข้าใจว่าทำไมเขาถึงเปลี่ยนไป บางคนอาจหงุดหงิดบ่อยกว่าเดิม แม้บ้านอาจทนที่ลูกๆ ขนไม่ได้ หรือมีปากเสียงระหว่างคู่ครองบ่อยๆ

6. การงานแย่ลง ความรับผิดชอบต่องานก็ลดลง ถ้าเป็นแม่บ้านงานบ้านก็ไม่ได้ทำหรือทำลวกๆ เพียงให้ผ่านๆ ไป คนที่ทำงานสำนักงานก็จะทำงานที่ละเอียดไม่ได้เพราะสมาธิไม่มีในช่วงแรกๆ ผู้ที่เป็นอาจจะพอฟังใจตัวเองให้ทำได้ แต่พอเป็นมากๆ ขึ้นก็จะหมดพลังที่จะต่อสู้ เริ่มลางานขาดงานบ่อยๆ ซึ่งหากไม่มีผู้เข้าใจหรือให้การช่วยเหลือก็มักจะถูกให้ออกจากงาน

7. อาการโรคจิต จะพบในรายที่เป็นรุนแรงซึ่งนอกจากผู้ที่เป็นจะมีอาการซึมเศร้ามากแล้ว จะยังพบว่ามีอาการของโรคจิตได้แก่ อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนร่วมด้วย ที่พบบ่อยคือ จะ

เชื่อว่ามีคนคอยกลั่นแกล้ง หรือประสกร้ายต่อตนเอง อาจมีหูแว่วเสียงคนมาพูดคุยด้วย อย่างไรก็ตาม อาการเหล่านี้มักจะเป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น เมื่อได้รับการรักษา อารมณ์เศร้าดีขึ้น อาการโรคจิตก็มักทุเลาตาม

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (ชนิกา เจริญจิตต์กุล , 2557)

ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ควรเริ่มจากการป้องกันมิให้เกิดภาวะซึมเศร้า เพิ่มสมรรถนะทางด้านร่างกายและจิตสังคม ลดอาการที่เกิดจากภาวะซึมเศร้ารวมทั้งเพิ่มทักษะในการปรับตัวต่อความเครียดเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และการดูแลตามแผนการรักษาของจิตแพทย์ โดย (Stanley & Beare ,1995:384-393 ,Miller 1999:597-605 ลิขรณ อุณาภิรักษ์2547 : 25-41)

1. ลดปัจจัยที่มีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

- 1.1 ป้องกันมิให้เกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือลดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ โดยการพาผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพประจำปี และเฝ้าระวังฟื้นฟูสุขภาพโดยเร็ว
- 1.2 ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่ให้เกิดการแยกตัวจากสังคม
- 1.3 ต้องช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยพยายามให้ความรู้และหากิจกรรมให้ทำ ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น
- 1.4 ต้องเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นผลจากการเจ็บป่วยต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ รวมทั้งผลข้างเคียงจากการใช้ยา

2. ให้การดูแลในระยะภาวะซึมเศร้าลดลง มีระดับการรู้ตัวดี

- 2.1 ให้คำปรึกษาโดยผ่านการสื่อสาร ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกเศร้ามาก ความรู้สึกนี้ ผู้รับคำปรึกษาควรเข้าใจและสนใจรับฟังเรื่องราวของผู้สูงอายุอย่างสงบ เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดจากการสูญเสีย และช่วยให้ผู้สูงอายุได้รำลึกถึงความหลังในสิ่งที่ดี เช่น การดูแลครอบครัว งานอดิเรก สิ่งที่น่าสนใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นว่าในชีวิตไม่มีสิ่งที่เลวร้าย และชี้ให้เห็นสิ่งที่ดีเกี่ยวกับตนเองเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตัวเอง
- 2.2 ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ชี้แจงให้ผู้ป่วยได้ทราบว่าอาการซึมเศร้าเป็นอาการที่รักษาหายได้ การรับประทานยาและได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ ขณะทำจิตบำบัดจะช่วยลดอาการซึมเศร้าลงได้

2.3 ช่วยปรับสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและสังคม

1. ประเมินและแก้ไขความบกพร่องทางด้านร่างกาย เช่น ใส่แว่นตา หรือเพิ่มแสงสว่างในกรณีที่ตามองไม่เห็น ใช้เครื่องช่วยฟังในรายที่หูตึง เป็นต้น
2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทั้งบุคคลในครอบครัวและสังคมรอบๆ เช่นร่วมปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ฟังธรรมะ ออกกำลังกาย เป็นต้น เพื่อช่วยในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างให้ดีขึ้น

3. ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองมากที่สุดแม้ต้องใช้เวลาาน เพื่อหลีกเลี่ยงการพึ่งพา และส่งเสริมความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

2.4 ส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะขาดสารอาหาร และสารอาหารจะช่วยส่งเสริมสภาพจิตใจและสติปัญญา รวมทั้งช่วยลดอาการท้องผูก ซึ่งเป็นปัญหาจากการไม่เคลื่อนไหว และจากยา โดยจัดอาหารให้น่ารับประทานหรือพิจารณาให้อาหารทางสายยางในรายที่มีอาการรุนแรง

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่ต้องรีบให้การช่วยเหลือหรือจะถูกละเลยว่าเป็นเรื่องปกติที่พบในผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจของบุคคลรอบข้าง ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ ภาวะซึมเศร้าก็สามารถรักษาหายได้และทำให้ผู้สูงอายุกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติได้อีกครั้งหนึ่ง แต่ถ้าถูกละเลย ภาวะซึมเศร้าในระยะรุนแรงอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากการทำร้ายตนเองในผู้สูงอายุได้มากเป็นอันดับหนึ่ง ดังนั้นการตรวจพบในระยะแรกจึงเป็นเรื่องสำคัญ และการดูแลรักษา ติดตามอย่างต่อเนื่องจึงเป็นความรับผิดชอบของทีมสุขภาพ

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า หรือการวัดความซึมเศร้าสามารถทำได้หลายแบบ ซึ่งมีผู้ศึกษาและค้นคว้ารูปแบบต่าง ๆ ไว้มากมาย สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือวัดและประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) เครื่องมือนี้พัฒนาโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง(Train The Brain Forum Thailand) (2537) ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรประเมินแบบถูก-ผิด (0 และ 1 คะแนน) จำนวน 30 ข้อ ใช้ทดสอบผู้สูงอายุทั่วไป

การแปลความหมาย

0 - 12 คะแนน	หมายความว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้า
13 - 18 คะแนน	หมายความว่า มีความซึมเศร้าเล็กน้อย
19 - 24 คะแนน	หมายความว่า มีความซึมเศร้าปานกลาง
25 - 30 คะแนน	หมายความว่า มีความซึมเศร้ารุนแรง

ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงของเนื้อหา และผ่านการศึกษาหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือในประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 275

ราย จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย จำแนกเป็น เพศหญิง 154 ราย และเพศชาย 121 ราย ผลการวิเคราะห์ พบว่า เวลาเฉลี่ยที่ผู้สูงอายุไทยใช้ในการทดสอบ เท่ากับ 10.09 นาที การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่า ในเพศหญิงเท่ากับ 0.94 เพศชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเชื่อมั่น รวม เท่ากับ 0.93 (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2534)

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยของการเปลี่ยนแปลง มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกาย มีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ เมื่ออายุมากขึ้น ผิวหน้า กล้ามเนื้อ สายตาแยลง และนอกจากทางกาย เรื่องของจิตใจก็มีการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน ในแง่ดี ได้แก่ ผู้สูงอายุมีประสบการณ์มีความสามารถในการปรับตัวมาก่อน จากด้านสุขภาพจิต “อาบน้ำร้อนมาก่อน” จึงเป็นการที่มีคุณค่ามากในผู้สูงอายุ แต่ในอีกแง่หนึ่ง ผู้สูงอายุจะประสบกับการสูญเสียในชีวิตมาก อาทิ เกษียณอายุการทำงาน สูญเสียเพื่อนจากการเสียชีวิต คู่ครอง ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวมากเมื่อเข้าสู่วัยดังกล่าว จะเป็นการดี ถ้าเราได้เตรียมตัวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในล่วงหน้า

ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่

1. ความวิตกกังวล
2. โรคซึมเศร้า
3. ปัญหานอนไม่หลับ
4. ภาวะสมองเสื่อม
5. ปัญหาเรื่องเพศ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ดำเนินการสำรวจสุขภาพจิตของประชากร พ.ศ. 2554 ระหว่างเดือน พฤษภาคม – กรกฎาคม พ.ศ. 2554 โดยใช้ข้อถามสุขภาพจิตฉบับสั้น 15 ข้อ ซึ่งเป็นแบบมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต และได้สำรวจพร้อมกับการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2554 ซึ่งผลการสำรวจสรุปได้ดังนี้

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มช่วงวัย ผู้สูงอายุไทยมีคะแนนสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 31.98 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสำหรับสุขภาพจิตของคนไทยทั่วไป (ค่ามาตรฐาน คือ 27.01-34 คะแนน) ผู้สูงอายุชายมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (คะแนน 32.48 และ 31.58 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยตามกลุ่มช่วงวัย พบว่าผู้สูงอายุวัยต้นมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุวัยปลายและผู้สูงอายุวัยกลาง (คะแนน 32.18 31.72 และ 31.68 ตามลำดับ)

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับความเพียงพอของรายได้ จากการให้ผู้สูงอายุประเมินความเพียงพอของรายได้ทั้งหมดที่ได้รับจากทุกแหล่งว่า เกินเพียงพอ เพียงพอ เพียงพอเป็นบางครั้ง หรือไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ พบว่าผลการประเมินความเพียงพอของรายได้ทั้งหมดที่ผู้สูงอายุได้รับมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน กับคะแนนสุขภาพจิต กล่าวคือผู้สูงอายุที่ประเมินว่ามีรายได้เกินเพียงพอมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอ เพียงพอเป็นบางครั้งและไม่เพียงพอ (คะแนน 34.46 32.68 31.00 และ 30.12 ตามลำดับ)

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง ผู้สูงอายุที่ตอบว่าพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเองมาก มีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่ตอบว่าพอใจ และ ไม่พอใจ (คะแนน 34.87 32.25 และ 30.30 ตามลำดับ)

สุขภาพจิตกับการทำงานและการมีเงินออมของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่ทำงานมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน (คะแนน 32.37 และ 31.73 ตามลำดับ) ส่วนผู้สูงอายุที่มีเงินออม/ทรัพย์สินมากจะมีคะแนนสุขภาพจิตดี โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีเงินออม/ทรัพย์สินตั้งแต่ 1 ล้านบาทขึ้นไป พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีสุขภาพจิต สูงกว่าคนทั่วไป

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน เมื่อพิจารณาการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือนของผู้สูงอายุกับคะแนนสุขภาพจิต พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ลำพังคนเดียว และผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตร (คะแนน 30.47 32.17 และ 32.27 ตามลำดับ) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวจะมีสัดส่วนมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ลำพังคนเดียว และผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรประมาณร้อยละ 10 ทั้งนี้เพราะการได้อยู่รวมบ้านกับบุตร หลาน/ญาติ ก่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย มั่นคงในจิตใจ

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่คิดว่าควรมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การเงิน สุขภาพ ที่อยู่อาศัย จิตใจ รวมทั้งผู้ที่จะมาดูแลในอนาคตเมื่อเป็นผู้สูงวัยนั้น จะมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ยังไม่แน่ใจ และผู้สูงอายุที่คิดว่าไม่ควรมีการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ (คะแนน 32.06 31.80 และ 31.69 ตามลำดับ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีความคิดที่จะเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุในเรื่องดังกล่าวนี้ได้เตรียมตัวและเตรียมใจเพื่อที่จะเข้าวัยสูงอายุ

บธ. 0438

16/451

ร.4

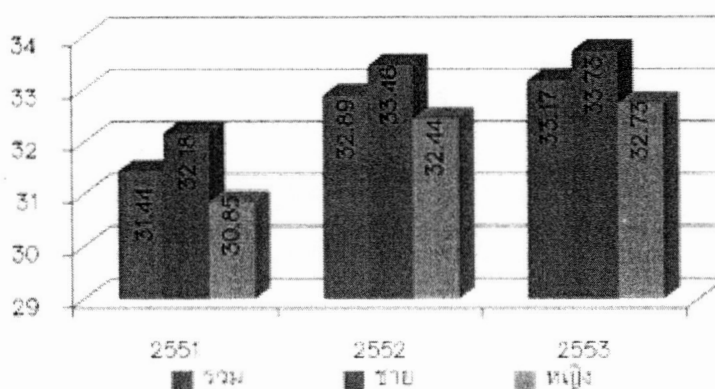
346877

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับการทำงาน

จากการสำรวจสุขภาพจิตของคนไทย พ.ศ. 2551 – 2553 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 31.44

คะแนน ในปี 2551 เป็น 33.17 คะแนน ในปี 2553 โดยผู้สูงอายุชายมีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง

คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ
พ.ศ. 2551 - 2553



ที่มา: โครงการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2551 - 2553

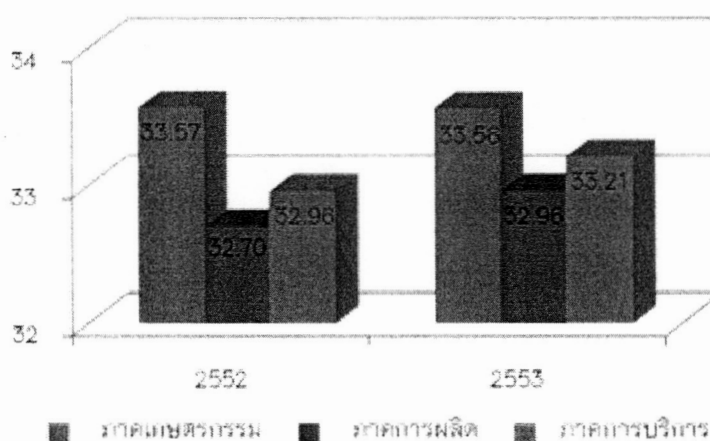
ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์การทำงานมาอย่างยาวนาน เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุสภาพร่างกายอาจไม่เอื้ออำนวยให้สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน ข้อมูลจากแหล่งเดียวกันชี้ให้เห็นว่า ตั้งแต่ปี 2551 - 2553 ผู้สูงอายุที่มีงานทำจะมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานเล็กน้อย อย่างไรก็ตามคะแนนสุขภาพจิตของทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2553 จากปี 2551 โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีคะแนนสุขภาพจิตเพิ่มจาก 31.12 คะแนน เป็น 32.99 คะแนน ส่วนผู้สูงอายุที่ทำงานเพิ่มจาก 31.74 คะแนน เป็น 33.41 คะแนน

เมื่อจำแนกตามกลุ่มอาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคเกษตรกรรม มีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยสูงกว่าภาคบริการ และภาคการผลิตอย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทของประเทศไทยในสมัยก่อนที่เป็นสังคมการเกษตร ทำให้ผู้สูงอายุมีความคุ้นเคย หรือมีความชำนาญทางด้านเกษตรกรรมมากกว่าในภาคการผลิต และบริการ ประกอบกับในปัจจุบันมีการแข่งขันสูง ภาคอุตสาหกรรมมีการขยายตัวมากขึ้น ทำให้การทำงานที่ต้องใช้ทักษะความรู้สมัยใหม่เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัว และเรียนรู้ทักษะหรือความรู้สมัยใหม่ได้อย่างรวดเร็ว สิ่งเหล่านี้ล้วนอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคการผลิต และบริการ

อย่างไรก็ตามจากข้อมูลชี้ให้เห็นว่าแม้ว่าสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลง อาจไม่เอื้อต่อการทำงานของผู้สูงอายุ แต่การทำงานก็เป็นผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากทำให้รู้สึกว่าคุณค่าของตนเองยังเป็นประโยชน์และมีคุณค่า อย่างไรก็ตามลักษณะงานที่ทำได้ถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพจิตของ

ผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุได้ทำงานที่สอดคล้องกับความถนัดหรือเหมาะสมกับวัยแล้วจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นการของบุตรหลาน ดังนั้น หากภาครัฐและชุมชนสนับสนุนให้มีการฝึกอบรม เพิ่มเดิมความรู้ รวมถึงการฝึกวิชาชีพให้เหมาะสมกับวัย จึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะทำให้ผู้สูงอายุได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัย ซึ่งจะส่งผลให้สามารถดำรงชีวิต หรือทำงานอย่างมีความสุขต่อไป

คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ
พ.ศ. 2551 - 2553



ที่มา: โครงการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2552 - 2553

การสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุ : ความซึมเศร้า

การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากการมีปัญหาคือความซึมเศร้า และภาวะอารมณ์ในด้านลบ จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554 (วิพรรณ ประจวบเหมาะ , 2555 , หน้า 24) พบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะความซึมเศร้าในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมากมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 3.8 ในปี พ.ศ. 2546-2547 เหลือเพียงร้อยละ 2.2 ในปีพ.ศ. 2551-2552 อย่างไรก็ตามภาวะความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอายุ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น ยิ่งมีภาวะความซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่เป็นหญิง และผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทมีภาวะความซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นชายและอยู่ในเขตเมือง

ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

ความเป็นมาของทฤษฎี

ผู้ค้นพบทฤษฎีชื่อ จอห์น กรินเดอร์ (John Grinder) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ด้านภาษาศาสตร์ และ ริชาร์ด แบนด์เลอร์ (Richard Bandler) นักศึกษาด้านจิตวิทยา มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ซานตาครูส สหรัฐอเมริกา ซึ่งสนใจด้านจิตบำบัด ตั้งแต่ต้นปี 1970 ซึ่งได้ศึกษาแนวคิดของนักจิตวิทยาชื่อดัง 3 คน คือ

1. ฟรีทซ์ เพิร์ลส์ (Fritz Perls) นักจิตวิทยารุ่นใหม่ และผู้เป็นต้นฉบับของโรงเรียนที่สอนด้านจิตบำบัดในแนวเกสตัลต์ (Gestalt)
 2. เวอร์จิเนีย ซะเทียร์ (Virginia Satir) นักครอบครัวบำบัด ผู้ซึ่งมีความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว
 3. มิลตัน อีริกสัน (Milton Erickson) นักสะกดจิตที่มีชื่อเสียงระดับโลก
- ความหมายของทฤษฎีโปรแกรมประสาทภาษาสัมผัส

ทฤษฎีโปรแกรมประสาทสัมผัส (Neuro-Linguistic Programming: NLP) อ้างถึงกระบวนการพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนใช้เพื่อการสื่อสาร โดยการเข้ารหัส (Encoding) การถ่ายโยง (Transfer) การชี้แนะ (Guide) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Modify behavior)

วิลลาร์ (Villar, 1997 a,p 24 cited in Dits, Grinader, Bandler & Delongler, 1980) ให้คำจำกัดความของโปรแกรมประสาทสัมผัส ดังนี้

Neuro อ้างถึง พฤติกรรมทั้งหมดเป็นผลของกระบวนการทางระบบประสาท ซึ่งรวมถึงระบบของกระบวนการภายในทั้งระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ผ่านระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การได้ยิน การเห็น การชิมรส การดมกลิ่น และการสัมผัส

Linguistic อ้างถึง การรับรู้พื้นฐาน ที่กระบวนการทางระบบประสาทสื่อออกมา เพื่อแสดงถึงวิถีทางแห่งความรู้สึกนึกคิด ไม่ว่าจะเป็นการสั่งการ และการจัดเรียงลำดับในรูปแบบของแบบจำลองและยุทธวิธีโดยผ่านภาษาและระบบการสื่อสาร โดยเฉพาะ ระบบวิถีทาง ที่ใช้สื่อ ไม่ว่าจะเป็นช่วงจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก หรือกระบวนการทั้งภายในและภายนอกผ่านกระบวนการทางจิตที่ได้รับคำสั่งจากระบบประสาท ในเรื่องการเข้ารหัสและการให้ความหมาย

Programming อ้างถึง กระบวนการของการจัดสรรส่วนประกอบของระบบเพื่อบรรลุผลตามที่ต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Programming อ้างถึง ระบบของการเข้ารหัสและการลำดับเหตุผล ประสาทสัมผัสภายใน โดยการที่มนุษย์ เรียนรู้ มีแรงจูงใจในตนเอง และการเปลี่ยนแปลง

โอคอนเนอร์ และ เซย์มัวร์ (O' Conner & Seymour, 1993, p 3) ได้ให้ความหมายของโปรแกรมประสาทสัมผัสว่าประกอบด้วย 3 แนวคิด คือ

ระบบประสาท (Neuro) โดยความคิดพื้นฐานแล้วยอมรับว่าทุกพฤติกรรมเกิดจากกระบวนการทางระบบประสาทอันได้แก่ การเห็น การได้ยิน การดมกลิ่น การลิ้มรส การสัมผัส และความรู้สึก บุคคล

รับรู้โลกโดยผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า เมื่อรับรู้แล้วจึงแสดงพฤติกรรมออกไป ระบบประสาทของมนุษย์นั้นครอบคลุมไม่ใช่แค่เพียงกระบวนการคิดที่มองไม่เห็นเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการแสดงออกปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อความคิดและเหตุการณ์ด้วย ในความเป็นมนุษย์นั้น กายและจิตเป็นสิ่งเดียวกันไม่อาจแบ่งแยกได้

ภาษา (Linguistic) เป็นสิ่งที่มนุษย์ใช้เพื่อที่จะสื่อสารความคิดและพฤติกรรมของตนเองกับบุคคลอื่น

โปรแกรม (Programming) เป็นวิถีทางที่มนุษย์เลือกในการสร้างความคิดและพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ

โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส จึงเกี่ยวกับโครงสร้างของประสบการณ์ของมนุษย์ ว่า พวกเขาสร้างในสิ่งที่เห็น ได้ยิน และรู้สึกได้ อย่างไร และเขาแก้ไขและกลั่นกรองการรับรู้ต่อโลกภายนอกให้ผ่านเข้ามาสู่ระบบสัมผัสภายในได้อย่างไร

เมอเลอีเวด (Merlevede, 1999) ให้คำจำกัดความว่า โปรแกรมประสาทสัมผัส เป็นการศึกษาโครงสร้างการทำงานของสมองอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมมนุษย์และนำคำตอบที่ไปได้ประยุกต์ใช้ให้เป็นรูปแบบที่ทำให้มนุษย์ประสบความสำเร็จ แต่คำจำกัดความที่ใช้กันทั่วไปก็คือ เป็นการศึกษาโครงสร้างประสบการณ์ของมนุษย์ซึ่งบางคนการที่จะศึกษาได้สมบูรณ์นั้นจะต้องมีการเพิ่มประสบการณ์เข้าไป “และทุก ๆ สิ่ง ทุก ๆ อย่าง ก็จะได้รับจากประสบการณ์นั่นเอง” หรืออาจกล่าวให้เข้าใจง่าย ๆ ว่า โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส เป็นวิธีการฝึกการใช้สมองของบุคคล

สรุป โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส หมายถึง โครงสร้างประสบการณ์เฉพาะที่เกิดขึ้นผ่านระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 เข้าสู่กระบวนการใส่รหัส และให้ความหมาย เพื่อแสดงออกมาเป็นวัจนภาษาและอวัจนภาษาโดยจิตสำนึกและจิตใต้สำนึกของแต่ละบุคคล

จุดมุ่งหมายของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

ผู้ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (NLP Disciples) มีความเห็นว่า ความทุกข์หรือปัญหาของบุคคลนั้นเกิดจากการที่บุคคลจำกัดการรับรู้ของตนเองต่อสถานการณ์ในขณะนั้น ทำให้บุคคลมีทางเลือกที่จำกัดไปด้วย จุดมุ่งหมายของการบำบัดตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสไม่ใช่การขัดขวางทางเลือก แต่เพื่อเพิ่มทางเลือกให้มีมากขึ้น เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ที่อยู่ในความทุกข์หรือปัญหา ได้ขยายการรับรู้ในการดำเนินชีวิตของตนเอง โดยการทำให้บุคคลขยายกรอบประสบการณ์ขึ้นมาใหม่และมองเห็นกรอบประสบการณ์เหล่านั้นในแง่มุมใหม่ ทำให้บุคคลที่ติดว่าตนเองมีโอกาสดำเนินชีวิตนั้นได้ค้นพบยุทธวิธีใหม่ ๆ จากพลังบวกที่ซ่อนอยู่มาใช้ในการแก้ปัญหาของตนเองได้ (Mattakotti,

1983) ซึ่งวิธีการเช่นนี้ช่วยให้บุคคลมีทางเลือกมากขึ้น เนื่องจากทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสมีความเห็นว่า การมีทางเลือกเพียงทางเลือกเดียวคือ การไม่มีทางเลือก เพราะบางครั้งได้ผลแต่บางครั้งก็ไม่ได้ผลซึ่งนำไปสู่สถานการณ์ที่ไม่สามารถจะแก้ไขปัญหาได้ การมีสองทางเลือกนั้นทำให้บุคคลเกิดความขัดแย้ง อยู่ในสภาพกลืนไม่เข้าคายไม่ออกต่อทางเลือกซึ่งในที่สุดบุคคลจะอยู่ในสภาพเสมือนไม่มีทางเลือก ดังนั้น การมีทางเลือกมากเท่าไร เขาก็ยังมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง และเป็นผู้สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้มากขึ้นเท่านั้น นั่นคือ การมีทางเลือกหลายทางยิ่งทำให้บุคคลมีโอกาสประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาได้มากขึ้น (O'Connor & Seymour, 1993 p.9)

การให้คำปรึกษาระยะสั้น

การให้คำปรึกษาระยะสั้นภายใน 3 นาที ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสนั้น ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (O'Connor & Seymour, 1993 pp. 8-14)

1. เป้าหมาย (Outcome) ผู้รับคำปรึกษาต้องมีความชัดเจนว่าผลลัพธ์หรือเป้าหมายตนเองต้องการนั้นคืออะไร เพราะเป้าหมายเฉพาะนั้นจะนำไปสู่ ยุทธวิธีเฉพาะในการแก้ปัญหาด้วยเช่นกัน ยิ่งบุคคลสามารถบอกรายละเอียดของเป้าหมายที่ต้องการได้มากเท่าไร เขาก็จะยิ่งมีความชัดเจนในการรับรู้แนวทางการเป็นไปได้ในการแก้ปัญหามากขึ้นเท่านั้น โปรแกรมประสาทสัมผัส มีวิธีการที่ช่วยให้รู้ถึงเป้าหมายที่ต้องการ ดังนี้

ประการแรก คือ การคิดทางบวก เริ่มจากการคิดว่าอะไรเป็นสิ่งที่ต้องการมากกว่าการคิดว่าอะไรเป็นสิ่งที่ไม่ต้องการ การฝึกคิดในทางบวกเป็นการโปรแกรมลงในสมอง โดยการมองเห็นสิ่งที่เป็นบวกเพิ่มขึ้น จากสถานการณ์ที่เป็นลบ นั่นคือ การปรับวิถีปฏิบัติให้เป็นโอกาสนั่นเอง

ประการที่สอง คือ ต้องลงมือทำทันทีโดยมีเป้าหมายเป็นหลัก ต้องพึงระลึกว่าเป้าหมายเป็นสิ่งที่พิเศษที่สุดและมีความเป็นไปได้ อะไรที่บุคคลจะได้เห็น อะไรที่เขาจะได้ยิน ต้องจินตนาการให้แจ่มชัดและละเอียด หรือเขียนออกมาให้ได้ว่าสิ่งนั้นเป็นใคร อะไร ที่ไหน เมื่อใด และอย่างไร ยิ่งบอกรายละเอียดได้มากเท่าไร สมองของบุคคลก็จะฝึกซ้อมและมองหาโอกาสที่จะประสบความสำเร็จมากขึ้นเท่านั้น เป้าหมายที่จะไปถึงนั้นมีพลังบวกสนับสนุนให้ประสบความสำเร็จหรือไม่ พลังบวกอาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายใน (ความสามารถพิเศษความคิดทางบวก) หรือสิ่งที่อยู่ภายนอก ถ้าพบว่าเป็นพลังบวกภายนอกต้องมีเป้าหมายย่อยเพื่อให้ได้สิ่งนั้นมา เป้าหมายต้องบอกขนาดได้ ขนาดของความสำเร็จต้องใหญ่พอที่จะเบียดอุปสรรคให้เล็กลงได้ บางเป้าหมายไม่มีที่สิ้นสุด ดังนั้นจึงควรจำกัดระยะเวลาที่จะประสบความสำเร็จ บุคคลจะต้องจำกัดเวลาที่จะประสบความสำเร็จและคิดถึงเป้าหมายให้ใหญ่พอ ซึ่งเป็นก้าวแรกของการประสบความสำเร็จในทางที่ถูกต้อง เป้าหมายถ้าเล็กมากก็จะสามารถที่จะจูงใจได้ แต่ก็สามารถเชื่อมโยงเป้าหมายที่เล็ก ๆ ให้ไปสู่เป้าหมายที่ใหญ่ขึ้นได้

ประการสุดท้าย ในการเลือกเป้าหมายนั้น คือ นิเวศวิทยา (Ecology) เพราะไม่มีใครที่

อยู่คนเดียวในโลกได้ คนเป็นส่วนหนึ่งของระบบที่ใหญ่กว่า เช่น ครอบครัว หน้าที่การงาน เพื่อน เครือข่ายและสังคม ดังนั้นจึงต้องมีการพิจารณาลำดับแห่งความสำเร็จในเป้าหมายของตนเองว่ามีความหมายต่อผู้อื่นหรือไม่ ถ้าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ไม่มีใครปรารถนา ความสำเร็จควรจะยกเลิกหรือยังควรทำต่อไป

2. **ตื่นตัวและไวต่อการรับรู้ (Acuity)** ส่วนที่สำคัญของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส คือ การฝึกให้บุคคลมีระบบความรู้สึกที่ฉับไวไม่ว่าจะอยู่ ณ ที่ใด ความสนใจจะต้องอยู่ที่การทำอะไรจึงจะเปลี่ยนแปลงและขยายแวนกรองให้สนใจในสิ่งที่ไม่เคยสนใจมาก่อน บุคคลจะตระหนักในทุกขณะที่รับรู้ความรู้สึกจากการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นและกับตนเอง โดยสังเกตสัญญาณเล็ก ๆ น้อย ๆ ของคู่สนทนาที่จะทำให้รู้ว่าเขามีการตอบสนองต่อการสื่อสารของเราอย่างไร เช่นเดียวกันเมื่อกระทำสิ่งนี้กับตัวเองก็จะเป็นการเพิ่มการตระหนักรู้เกี่ยวกับจินตนาการภายใน เสี่ยงและความรู้สึกของตนเองบุคคลต้องมีความฉับไวหรือความไวในการสังเกตว่าจะต้องทำอะไรจึงจะได้รับในสิ่งที่ต้องการ

3. **ความยืดหยุ่น (Flexibility)** ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ต้องมีความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนกรอบแนวคิด ทางเลือก และยุทธวิธี เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามที่ต้องการ

สรุป จุดมุ่งหมายของทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส คือ การช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีทางเลือก ในการแก้ปัญหาอย่างน้อยที่สุดสามทางเลือก วิธีการช่วยเหลือโดยการขยายการรับรู้ของบุคคลที่เคยมีต่อประสบการณ์เดิม สร้างประสบการณ์เดิมขึ้นมาใหม่ เพื่อที่จะได้มองเห็นประสบการณ์นั้นในแง่มุมใหม่เล็งเห็นโอกาสที่เคยมีจำกัด ค้นพบการเรียนรู้ใหม่ ๆ และมีวิธีการ ให้คำปรึกษาระยะสั้นภายใน 3 นาที คือต้องมีความชัดเจนว่าเป้าหมายที่ต้องการแก้ไขและเปลี่ยนแปลงคืออะไร ควรเป็นเป้าหมายที่ใหญ่พอที่จะจูงใจให้ไปสู่เป้าหมายได้ พร้อมกันนี้ต้องมีความกระตือรือร้น และสนใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง และบุคคลรอบข้าง และท้ายที่สุด คือต้องมีความพร้อมในการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชนะ ธารสาร อัมพร ศรีประเสริฐสุข พิรุณรัตน์ เต็มสุขสวัสดิ์ ปทุมพร โพธิ์ภาส ศุภมิตร บัว เสนาะ ญาณินี ภูพัฒน์ และณัฐธิดา สุพรรณภพ (2553) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุในค่ายบูรฉัตร ราชบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพศชายและเพศหญิงที่อยู่ในค่ายบูรฉัตร ราชบุรีจำนวน 50 คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยใช้หลักทฤษฎีความน่าจะเป็น กลุ่มตัวอย่างการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เครื่องมือใช้แบบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale :

TGDS) และแบบสอบถามข้อมูลเบื้องต้นของผู้วิจัย เก็บข้อมูลเป็นระยะ 1 เดือน คือ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2553 ผลการศึกษาการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาเดิมที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในค่ายบุรีจตร ราชบุรีมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่ ในเขตอื่นของราชบุรี และต่างจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ต่อเดือนมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 15,001 บาท ขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีที่มาของรายได้ที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการเยี่ยมเยียนของบุตรหลานที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อของศาสนาแตกต่างกัน มีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการเข้ากลุ่มพบปะสมาคมกับเพื่อนบ้านที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของสายตาที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการสูบบุหรี่ที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน

ดวงกมล พัวพันธ์ และคณะ(2553) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ความเครียดและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 กลุ่มโรค ตำบลโนนกลาง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียด และพฤติกรรมเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 กลุ่มโรค และนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผน ป้องกันปัญหาทางด้านภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 กลุ่มโรค คือ เบาหวาน หัวใจ ไตวาย มะเร็งทุกชนิดและหลอดเลือดตำบลโนนกลาง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี เลือก แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 70 คน เครื่องมือ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวทั่วไป แบบประเมินระดับความเครียด และแบบสอบถามพฤติกรรมเผชิญความเครียด ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 81.4 เพศชาย 13 คน คิดเป็นร้อยละ 18.6 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 35.7 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 70คน คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 มีวุฒิการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนต้น จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 98.6 มีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวาน จำนวน 61 คนคิดเป็นร้อยละ 87.1 เงินได้รายเดือนอยู่ในช่วงไม่เกิน 3,000 จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 60 รายได้ไม่พอใช้ จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 ส่วนใหญ่มีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยการใช้บัตรทอง จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 94.3 มีสถานภาพเป็นหัวหน้า

ครอบครัว จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 บุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย คือบุตร มากที่สุด จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 67.1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เกิดโรคอยู่ที่ 7 ปี ขึ้นไป จำนวน 29 คนคิดเป็นร้อยละ 41.1 2.ความเครียดของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 กลุ่มโรค พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้1).ด้านสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว มีผลต่อระดับความเครียด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง($X = 3.27$) 2) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีผลต่อระดับความเครียด โดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($X = 2.48$) 3) ด้านสัมพันธภาพด้านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน มีผลต่อระดับความเครียด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 3.05$) 4) ด้านสัมพันธภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีผลต่อระดับความเครียด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 3.33$) พฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อเผชิญความเครียด พบว่า โดยรวม อยู่ในระดับบางครั้ง ($X = 2.10$) พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกบ่อยๆ เมื่อเผชิญความเครียดนั้นได้ค่าเฉลี่ย 2.50 พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกในระดับบางครั้ง เมื่อเผชิญความเครียดนั้นได้ค่าเฉลี่ย 1.50-2.48 และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยแสดงออก เมื่อเผชิญความเครียดนั้นได้ค่าเฉลี่ย 1.17

วิชาญ ชูรัตน์ โยธิน แสงดี และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ (2554) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามลักษณะ ทางประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาอิทธิพลของ ปัจจัยด้านประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ ที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหา สุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ข้อมูลโครงการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2553 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมาใช้ในการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิต ส่วนใหญ่ อยู่ในภาคกลาง และอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นจะทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น และ ที่สำคัญส่วนใหญ่เป็นหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษา สูงขึ้นจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตลดลงอย่างเห็นได้ชัด เมื่อพิจารณาปัจจัย ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ที่มีความพิการแต่กำเนิด และหลังกำเนิดเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพ จิตมากกว่าผู้ที่ไม่พิการ สำหรับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานจะมี ภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ทำงานเล็กน้อย และเมื่อค่าใช้จ่าย ทั้งสิ้นของครัวเรือน เพิ่มขึ้นผู้สูงอายุจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตลดลง ผู้สูงอายุ ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะยากจนมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่อยู่ใน ครัวเรือนที่ไม่จนเกือบ 2 เท่า จากการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยทางประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า ภาค เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา ความเป็นผู้นำในครัวเรือน ความพิการความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการเดินทางไปในพื้นที่

ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ของครัวเรือน และฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนมีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญห สุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรสา ไยยงและ พีรพันธ์ ลีอนุชวรัชชัย (2554) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ภาวะซึมเศร้าและ อารมณ์เศร้าโศกจาก การสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ หาความชุกของภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของ ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยทำการศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 โดยการตอบแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 3) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ ของไทย และ 4) แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.5) มีอายุเฉลี่ย 68.8 ปี พบว่า มีภาวะซึมเศร้า 53 ราย (ร้อยละ 13.2) แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 31 ราย (ร้อยละ 7.8) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง 21 ราย (ร้อยละ 5.2) และภาวะซึมเศร้ารุนแรง 1 ราย (ร้อยละ 0.2) พบอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ ผิดปกติ 65 ราย (ร้อยละ 16.2) และพบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับ ปานกลาง (ร้อยละ 69.0) ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ($p < 0.01$) สถานภาพ โสด/หม้าย/หย่าร้าง/หรือแยกกันอยู่ ($p < 0.01$) ไม่ได้รับการศึกษา ($p < 0.05$) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ($p < 0.01$) ไม่มีรายได้/หรือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ($p < 0.01$) ไม่ได้ รับรายได้จากการประกอบอาชีพ ($p < 0.01$) ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ($p < 0.01$) ที่พักอาศัย ที่ไม่ใช่ของตนเอง ($p < 0.01$) การไม่ได้ พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ($p < 0.05$) การพักอยู่คนเดียว ($p < 0.05$) มีโรคประจำตัวทางกาย ($p < 0.05$) ประวัติ โรคทางจิตเวช ($p < 0.01$) การใช้สารเสพติด ($p < 0.01$) การสูญเสียบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ($p < 0.05$) การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ($p < 0.05$) ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ($p < 0.01$) ปัจจัยทำนายภาวะ ซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ($p < 0.05$) ฐานะการเงิน ครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ($p < 0.01$) การใช้สารเสพติด ($p < 0.05$) การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ($p < 0.05$) และความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ($p < 0.01$) และสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหา สุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ พบได้สูงในช่วงอายุที่มากกว่า 75 ปี ผู้ที่ประสบ ปัญหาการเงิน เหตุการณ์การสูญเสีย รวมถึงผู้ที่ขาดการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว การช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุ ได้รับการ สนับสนุนทางจิตสังคมที่ดี และผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย น่าจะช่วยลดความเสี่ยง ของการ เกิดภาวะซึมเศร้าลงได้

ชนิษฐา ตลอดจนภพ วรรณภา ประทุมโทณ อังคณา เรือนก้อน และ เรืองภรณ์ ไม้พวง(2555) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุ ต.บ้านคลอง อ.เมือง จ.พิษณุโลกมี

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลบ้านคลอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 300 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือคือแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุ อันดับที่ 1 คือปัจจัยเรื่องส่วนตัว เช่น ความแก่ลงอย่างเห็นได้ชัด การบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย และการไม่มีเวลาให้ตัวเอง อันดับที่ 2 คือปัจจัยเรื่องการเงิน เช่น การมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เงินไม่พอใช้จ่าย และรายได้ลดลง อันดับที่ 3 คือปัจจัยเรื่องครอบครัว เช่น คู่สมรสเสียชีวิต ครอบครัวมีความลำบาก และมีความขัดแย้งกับคนใดคนหนึ่งในบ้าน อันดับที่ 4 คือปัจจัยเรื่องสังคม เช่น การเป็นผู้นำกลุ่ม และอันดับสุดท้ายคือปัจจัยเรื่องสิ่งแวดล้อม เช่น ภัยพิบัติต่าง สำหรับกิจกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำเมื่อเกิดความเครียด ได้แก่ การดูทีวีหรือภาพยนตร์ การทำงานอดิเรกที่ชอบ การทำบุญ ทำทาน เข้าวัด การนอนพักผ่อน การทำสมาธิ สวดมนต์ เป็นต้น เมื่อผู้สูงอายุสามารถจัดการกับความเครียดต่าง ดังกล่าวได้ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

จุฑารัตน์ สติรปัญญา และพรชัย สติรปัญญา (2548) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลประสาทสงขลา ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2544-มกราคม พ.ศ. 2545 กลุ่มตัวอย่างได้รับการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 378 ราย ทำการเก็บข้อมูลหลังจากป่วยได้ 2-4 สัปดาห์ โดยวิธีการสัมภาษณ์และสังเกตผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร, แบบประเมินสมรรถภาพทางสมองของไทย (TMSE), แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) และแบบวัดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) .91 และ .79 และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบาร์ธเอล (Barthel's index) ผลการศึกษาวิจัย พบว่า อัตราชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 92 โดยพบในระดับเล็กน้อย และปานกลางใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 43 และพบภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ร้อยละ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถอธิบายการผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม อาชีพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเพศโดยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการหรือธุรกิจส่วนตัวจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกร/งานบ้าน ผู้ป่วยที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้น้อย จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มาก และเพศชายจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศหญิงโดยปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายการผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด ($\beta = .44$) รองลงมาคือ อาชีพ ($\beta = .30$)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($\beta = .25$) และเพศ ($\beta = .05$) ค่าความสามารถในการร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของทุกตัวแปรอยู่ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 48 ($\text{multiple } R^2 = .48$) สำหรับตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมองไม่สามารถอธิบายการผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้

วรพรรณ จันทวีเมือง และเจตินภา แสงสว่าง (ม.ป.ป.) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา ต.ชะแล้ อ.สิงหนคร จ.สงขลา โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในตำบลชะแล้ อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา จำนวน 72 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากตารางของ Krejcie and Morgan เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ซึ่งพัฒนาโดย นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2534) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 83.33 รองลงมาคือ เศร้าระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 15.18 และน้อยที่สุด คือ เศร้าระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 1.39 ไม่พบผู้สูงอายุที่มีระดับความซึมเศร้ารุนแรง

ช่อผกา สุทธิพงศ์ และ ศิริอร สิทธิ (2555 , หน้า 29) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลศิริราช หรือเคยรับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชและไปอยู่บ้านในเขตชุมชน จำนวน 3 เขต คือ เขตบางกอกน้อย เขตธนบุรี และเขตภาษีเจริญ เลือกตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบไม่แทนที่ ได้ตัวอย่างจำนวน 168 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินสภาพผิวหนัง แบบวัดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า ผลกดทับ ($r = .427, p < .05$) และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .293, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการสนับสนุนทางสังคม ($r = -.385, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ พบว่า ผลกดทับ ($\beta = .324, p < .001$) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .212, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.276, p < .001$) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่เพศและอายุไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ตัวแปรทุกตัวสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 30.8 และมีข้อเสนอแนะให้ บุคลากรในทีมสุขภาพควรมีการจัดกระทำปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมืองด้วยการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันผลกดทับ การลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการให้การสนับสนุนที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

แคโรลีน คัทโทรนา แดน รัสเซล และ เจนเน รัส (Carolyn Cutrona ; Dan Russell ; Jayne Rose, 1986) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวต่อความเครียดของผู้สูงอายุ โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือ UCLA Loneliness Scale, Self-Rating Depression Scale และทำการสุภาพทางกาย การสนับสนุนทางสังคม และประสบการณ์ที่เกิดความเครียด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด โดยมีการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวร่วมทำนาย ผลการวิจัยยังพบว่า ในผู้สูงอายุที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงสามารถลดระดับความเครียดของผู้สูงอายุได้

สุมิดา แก้วดิน (2549) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การศึกษาความเครียดของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุศูนย์สุขภาพชุมชนสัน อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความเครียด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลสัน และเพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2546 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2547 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา จำนวน 150 ราย จากการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์และแบบทดสอบ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คือ ร้อยละ 65.3 และมีอายุอยู่ในช่วง 60 – 64 ปี มากที่สุดคือ ร้อยละ 41.3 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 70-74 ปี เท่ากับร้อยละ 22.7 ระดับการศึกษาส่วนมากไม่ได้เรียนแต่อ่านออกเขียนได้ สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ยังใช้ชีวิตคู่ คือ ร้อยละ 58.7 ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อโทรทัศน์ เท่ากับร้อยละ 44 ส่วนใหญ่เลิกทำงานแต่มีรายได้จากบุตรเท่ากับร้อยละ 49.3 มีความรู้สึกไม่สบายใจเกี่ยวกับรายได้ที่ลดลง ร้อยละ 61.3 เมื่อมีปัญหาส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.6 จะปรึกษาคนในครอบครัว และทางออกที่เลือกปฏิบัติเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ คือ ปรึกษาคนใกล้ชิด เท่ากับ ร้อยละ 72 ลักษณะการอยู่อาศัย ร้อยละ 84 อาศัยอยู่กับครอบครัว และร้อยละ 96.1 มีความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว ส่วนใหญ่ร้อยละ 66.7 มีการทำกิจกรรมกลุ่มและทำบุญร่วมกับชุมชน สถานะสุขภาพร้อยละ 31.7 มีโรคประจำตัวโดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คือ ร้อยละ 43.5 ด้านการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ร้อยละ 84 ได้รับการดูแลจากบุตร การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 78.7 เป็นสมาชิกเกิน 3 ปี กิจกรรมที่ชอบปฏิบัติขณะพบกลุ่ม คือ การสวดมนต์ นั่งสมาธิ และออกกำลังกาย เท่ากับร้อยละ 54.8 และ 32 ตามลำดับ บุตรหลานส่วนใหญ่ ร้อยละ 89.4 ยินดีให้ผู้สูงอายุเข้าเป็นสมาชิกและร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเครียด เท่ากับร้อยละ 72 แต่มีระดับความเครียดปกติ เท่ากับร้อยละ 60 สำหรับการดำเนินงานของชมรม ร้อยละ 98.7 เห็นควรให้มีการดำเนินการต่อไป

อรสา ไยยง และ พีรพนธ์ ลือบุญราชชัย (2554 , หน้า 117) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจาก การสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี เพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 แบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 3) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย และ 4) แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.5) มีอายุเฉลี่ย 68.8 ปี พบว่า มีภาวะซึมเศร้า 53 ราย (ร้อยละ 13.2) แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 31 ราย (ร้อยละ 7.8) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง 21 ราย (ร้อยละ 5.2) และภาวะซึมเศร้ารุนแรง 1 ราย (ร้อยละ 0.2) พบอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 65 ราย (ร้อยละ 16.2) และพบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.0) ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ($p < 0.01$) สถานภาพ โสด/หม้าย/หย่าร้าง/หรือแยกกันอยู่ ($p < 0.01$) ไม่ได้รับการศึกษา ($p < 0.05$) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ($p < 0.01$) ไม่มีรายได้/หรือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ($p < 0.01$) ไม่ได้รับรายได้จากการประกอบอาชีพ ($p < 0.01$) ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ($p < 0.01$) ที่พักอาศัยที่ไม่ใช่ของตนเอง ($p < 0.01$) การไม่ได้ พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ($p < 0.05$) การพักอยู่คนเดียว ($p < 0.05$) มีโรคประจำตัวทางกาย ($p < 0.05$) ประวัติ โรคทางจิตเวช ($p < 0.01$) การใช้สารเสพติด ($p < 0.01$) การสูญเสียบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ($p < 0.05$) การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ($p < 0.05$) ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ($p < 0.01$) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ($p < 0.05$) ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ($p < 0.01$) การใช้สารเสพติด ($p < 0.05$) การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ($p < 0.05$) และความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ($p < 0.01$) สรุปว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ พบได้สูงในช่วงอายุที่มากกว่า 75 ปี ผู้ที่ประสบปัญหาการเงิน เหตุการณ์การสูญเสีย รวมถึงผู้ที่ขาดการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว การช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนทางจิตสังคมที่ดี และผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย น่าจะช่วยลดความเสี่ยง ของการเกิดภาวะซึมเศร้าลงได้

เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และ อุม่าพร อุดมทรัพย์ากุล (2554 , หน้า 103) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อศึกษาความชุกชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้า และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในประชากรสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 426 ราย สุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบแบ่งกลุ่มสองขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ คือแบบประเมินโรคซึมเศร้า Personal Health Questionnaire-9

(PHQ-9) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ simple logistic regression และ multiple logistic regression analysis ผลการศึกษา พบว่า ความชุกชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุที่ได้จากการศึกษานี้ เป็นร้อยละ 5.9 โดยในเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 7.0 ในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 5.2 ผลการวิเคราะห์โดยวิธี multiple logistic regression analysis พบว่า สถานะสมรสหย่าหรือแยกกันอยู่ ($p < 0.01$) การดื่มสุราเป็นประจำ ($p < 0.01$) การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียคนใกล้ชิด ($p < 0.001$) ความพอใจในสุขภาพในระดับต่ำ ($p < 0.05$) การนอนไม่หลับ ($p < 0.01$) และ ความไม่เพียงพอของรายได้ ($p < 0.05$) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปว่า ความชุกชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่เป็นร้อยละ 5.9 โดยพบปัจจัยหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า ซึ่งแพทย์และบุคคลทางการแพทย์ ควรจะได้รู้และตระหนักถึงปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ เพื่อช่วยในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหา โรคซึมเศร้าต่อไป

แดเนียล รัสเซล และ แคโรลีน คัทโทรนา (Daniel Russell ; Carolyn Cutrona, 1991) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ: การทดสอบรูปแบบกระบวนการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์ในชีวิต และความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน ต่อภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 301 คน เป็นรายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ เป็นประจำทุกเดือน จำนวน 12 เดือน ซึ่งจะทำให้การประเมินผลการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุว่าสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงของผู้สูงอายุได้หรือไม่ ในช่วง 12 เดือน ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคม และระดับภาวะซึมเศร้า สามารถบ่งบอกความยุ่งยากประจำวันของผู้สูงอายุได้ แต่ไม่สามารถบ่งบอกเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้สูงอายุได้ ผลกระทบของการสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และเหตุการณ์สำคัญในชีวิตที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ยังคงอยู่อย่างมีนัยสำคัญ โดยไม่รวมถึงผลสะท้อนของการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากความยุ่งยากในชีวิต หรือปัญหาของความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นหรือคนที่ติดต่อเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในเหตุการณ์ที่สำคัญของชีวิต ความยุ่งยากในชีวิตของผู้สูงอายุสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบจากเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ซึ่งมีผลต่อเนื่องมาสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง ส่งผลต่อรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

เอต้า มุย (Ada Muiy, 1996) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวจีนโพ้นทะเล โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุชาวจีนจำนวน 50 คน ที่อยู่ในศูนย์ผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยโคลัมเบีย สหรัฐอเมริกา โดยใช้เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Geriatric Depression Scale) ร่วมกับการประเมินภาวะสุขภาพ ความเป็นอยู่ ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมในชุมชนที่ผู้สูงอายุชาวจีน

อาศัยอยู่ ผลการวิจัย พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวจีนส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในการอาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่นหรือมีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำกว่า ผู้สูงอายุที่ระดับความพึงพอใจในการอาศัยอยู่กับผู้อื่นหรือความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี และผลกระทบของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชาวจีนโพ้นทะเลควรได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างเป็นพิเศษด้วยมีวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ที่ไม่เหมือนกันผู้สูงอายุในชุมชนถิ่น

กิลล์ ลิฟวิงตัน โมนิกา มาเนลลา และ คอร์นีเลียส คาโตนา (Gill Livingston, Monica Manela and Cornelius Katona, 1996) ทำการศึกษารวบรวมเรื่อง ภาวะซึมเศร้า และโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิบายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า หรือมีความพิการทางด้านร่างกายเพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตกับผู้ใหญ่กลุ่มอื่นที่อาศัยอยู่ที่บ้าน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและแบบประเมินภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิต รวมทั้งแบบสัมภาษณ์ ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่ ลอนดอน โบโรจด์ ออฟ อีชิงตัน ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุ มากกว่า 65 ปีขึ้นไป จำนวน 700 คน ผลการศึกษารวบรวม พบว่า ความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนไม่ได้สูงอย่างมีนัยสำคัญ พบร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งพบว่ามีภาวะเจ็บป่วยทางจิตมากกว่าเพศชาย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ถือได้ว่าเป็นภาวะเจ็บป่วยส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชนมากกว่าการเจ็บป่วยทางจิตเวชด้านอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (24% : 11%) และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว (ร้อยละ 19) ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเพศหญิงร่วมกับภาวะสมองเสื่อม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง การดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ปีที่ 1: ผลการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นโครงการวิจัยย่อยที่ 5 ในแผนงานวิจัย “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข” ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยในปีที่ 1 ของแผนงานวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาอัตราของความเครียด ภาวะซึมเศร้า ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียด และภาวะซึมเศร้าและเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเมื่อจำแนกตามคุณลักษณะของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรังและอยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี จำนวน 5,797 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครจีซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan. 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 361 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ คุณลักษณะของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ ระดับความเครียด และ ระดับภาวะซึมเศร้า

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ด้านเนื้อหาผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตในการวิจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไว้ 2 ด้าน คือ ด้านความเครียด และภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ความเครียด (Stress) ลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้

ให้ความหมายของความเครียดในความหมายของความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (Person-environment transaction definitions) ว่า หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยผ่านกระบวนการทำงานทางปัญญา ถ้าบุคคลรับรู้และประเมินค่าสิ่งแวดล้อมว่าเกินพลังความสามารถหรือเกินทรัพยากรที่บุคคลมีอยู่ และเป็นอันตรายต่อความผาสุก ลักษณะที่เกิดขึ้นนั้น เรียกว่า ความเครียด ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ ต้องอาศัยการประเมินค่าโดยใช้ปัญญา (Cognitive appraisal)

2. ภาวะซึมเศร้า (Depression) ดิงค์เมเยอร์ และ สเปนอร์รี่ (Dinkmeyer & Sperry, 2000) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลในภาวะปกติ ซึ่งเป็นการแสดงออกของการเสียสมดุลทางอารมณ์ อาการจะประกอบด้วย อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด รู้สึกหมดความ สนใจในสิ่งต่าง ๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความคิดและการเคลื่อนไหวช้าลง หรือพุ่งพล่านกระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนืดตนเองมากผิดปกติ สมาธิเสียมีความคิดอยากตาย ซึ่งถ้ามีอาการดังกล่าวตลอดเวลา และอาการเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่ออาชีพ การทำงาน หรือการเรียน ถือว่าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัย ใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 2 เครื่องมือ ดังนี้

1. แบบวัดความเครียดสวนปรง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล , 2540) ซึ่งแบบวัดความเครียดสวนปรงนี้เป็นแบบวัดความเครียดที่สร้างขึ้นมาจากวัดความเครียด ที่เหมาะสมสำหรับคนไทย จากกรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคมของความเครียด ซึ่งเหมาะที่จะนำมาใช้เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับความเครียด ทราบที่มาของความเครียด การใช้ชีวิตประจำวันที่มีผลต่อการเกิดความเครียดหรือการปรับตัวรับกับความเครียด และอาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้ เหมาะจะใช้ในการให้บริการปรึกษาและแนะนำ

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2537) คือการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ไปสู่ภาวะของจิตใจที่เศร้าซึม หม่นหมอง ไม่มีความสุข รู้สึกท้อถอย เบื่อหน่าย หดหู่ คับแค้นใจ รู้สึกหมดหวัง ทุกข์ใจ ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ต่ำหนืดตนเอง ไม่มีชีวิตชีวา และอาการอ่อนกำลัง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หรือมีความอยากรับประทานอาหารเปลี่ยนไป และแยกตัวจากสังคม ซึ่งเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยเน้นด้านจิตใจ ซึ่งแปลผลเป็นภาวะสุขภาพจิตปกติ เศร้าเล็กน้อย เศร้าปานกลาง และเศร้ามารุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20)

เครื่องมือนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 149 คน แล้วปรับปรุงแบบวัดความเครียด ได้แบบวัดความเครียดจำนวน 102 ข้อ การหาความตรงตามสภาพ (Concurrent Validity) จากกลุ่มตัวอย่าง 523 คน เครื่องมือ มาตรฐานที่ใช้คือค่าความเครียดของกล้ามเนื้อ (Electromyography:EMG) ซึ่งมีความแม่นยำ ตรงตาม สภาพมากกว่า 0.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่ออิงตามค่า EMG ที่ช่วงความ เชื่อมั่น 95% แบ่งระดับ ความเครียดของแบบวัดความเครียด ที่สร้างซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง และรุนแรง โดย ใช้คะแนนปกติ (Normalized T-Score) ในการแบ่งโดยอิงตามค่า EMG ที่ใช้เป็นมาตรฐาน และปรับให้ เครื่องมือมีขนาดเล็กกลงเหลือ 60 ข้อ และ 20 ข้อ พร้อมทั้งหาคุณภาพของแบบวัดที่ได้ โดยใช้สถิติ วิเคราะห์ปัจจัย เพื่อสกัดตัวปัจจัย ให้เหลือข้อคำถามน้อยลง ทั้งนี้ข้อคำถามที่เหลือจะต้องมีค่าความ เชื่อมั่นครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) มากกว่า 0.7 และยังคงสัมพันธ์กับค่า EMG อย่างมีนัยสำคัญ

การให้คะแนน

ให้ผู้ตอบอ่านคำถามแล้วสำรวจดูว่าในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้น กับผู้ตอบบ้าง ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ แต่ถ้ามีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับ ผู้ตอบให้ประเมินว่าผู้ตอบ มีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น แล้วให้เครื่องหมายในช่อง นั้น ๑

การให้คะแนนของแบบวัดความเครียดสวนปรุง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ให้คะแนน 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ดังนี้

ตอบไม่รู้สึกรีด	ให้ 1 คะแนน
ตอบเครียดเล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน
ตอบเครียดปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ตอบเครียดมาก	ให้ 4 คะแนน
ตอบเครียดมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
ไม่ตอบ	ให้ 0 คะแนน

การแปลผล

แบบวัดความเครียดสวนปรุ่ ซด 20 ซ้อ มีคะแนนรวมไม่เกิน 100 คะแนน โดยผลรวมที่ได้ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 – 23	เครียดน้อย
คะแนน 24 – 41	เครียดปานกลาง
คะแนน 42 – 61	เครียดสูง
คะแนน 62 ขึ้นไป	เครียดรุนแรง

โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความเครียดในระดับต่ำ (Mild Stress) หมายถึง ความเครียดขนาดเล็กน้อย ๆ และหายไป ในระยะเวลาอันสั้นเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนี้ ไม่คุกคาม ต่อชีวิต บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ เป็นการปรับตัวด้วยความเคยชินและการปรับตัวต้องการ พลังงานเพียงเล็กน้อยเป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย
2. ความเครียดในระดับปานกลาง (Moderate Stress) หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึ้นใน ชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคาม หรือพบเหตุการณ์สำคัญ ๆ ในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง ออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่ว ๆ ไป ไม่รุนแรง จนก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น
3. ความเครียดในระดับสูง (Height Stress) เป็นระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียดสูง ไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้นถือว่าอยู่ในเขตอันตราย หาก ไม่ได้รับการ บรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง เกิดโรคต่าง ๆ ในภายหลังได้
4. ความเครียดในระดับรุนแรง (Severe Stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนิน ติดต่อกันมา อย่างต่อเนื่องจนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัวจนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดแรงแรง ควบคุมตัวเอง ไม่ได้ เกิดอาการทางกายหรือโรคร้ายต่าง ๆ ตามมาได้ง่าย

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS)

เครื่องมือนี้ พัฒนาโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง(Train The Brain Forum Thailand) (2537) ลักษณะเครื่องมือ เป็นมาตรประเมินแบบถูก-ผิด (0 และ 1 คะแนน) จำนวน 30 ข้อ ใช้ทดสอบผู้สูงอายุ ทั่วไป

การแปลความหมาย

0 - 12 คะแนน	หมายความว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้า
13 - 18 คะแนน	หมายความว่า มีความซึมเศร้าเล็กน้อย
19 - 24 คะแนน	หมายความว่า มีความซึมเศร้าปานกลาง
25 - 30 คะแนน	หมายความว่า มีความซึมเศร้ารุนแรง

ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงของเนื้อหา และผ่านการศึกษาหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือในประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 275 ราย จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย จำแนกเป็น เพศหญิง 154 ราย และเพศชาย 121 ราย ผลการวิเคราะห์ พบว่า เวลาเฉลี่ยที่ผู้สูงอายุไทยใช้ในการทดสอบ เท่ากับ 10.09 นาที การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่า ในเพศหญิงเท่ากับ 0.94 เพศชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเชื่อมั่น รวมเท่ากับ 0.93 (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2534)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้วิจัย และประเมินระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale ,TGDS)เมื่อได้รับแบบสอบถามแล้ว ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนในการตอบและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

จริยธรรมการวิจัย

คณะผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัย โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลทราบ และขออนุญาตในการเก็บข้อมูลโดยให้อิสระในการตัดสินใจโดยไม่เป็นการบังคับ และให้ความมั่นใจแก่ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมในเชิงวิชาการเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการที่จะไม่เข้าร่วมหรือออกจากการศึกษาวิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ระดับความเครียด และภาวะซึมเศร้า ตามเกณฑ์ของเครื่องมือวัด การเปรียบเทียบใช้สถิติ ค่าที(t-test) One-Way ANOVA และหาค่าความสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson Correlation)

ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล และเขียนรายงานสรุปผลการวิจัยต่อไป

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้เป็นโครงการย่อยที่ 5 เรื่อง “การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทางปฏิบัติการภาษาประสาทสัมผัส ปีที่ 1: ผลการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี” ในชุดแผนงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุ แสนสุข” ซึ่งในระยะที่ 1 ปี ที่ 1 นี้ เป็นการศึกษาอัตราของความเครียด ภาวะซึมเศร้า การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเมื่อจำแนกตามคุณลักษณะของผู้สูงอายุและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยประยุกต์ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ในสาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในการนำเสนอผลการศึกษาวิจัย คณะผู้วิจัยขอเสนอข้อมูลดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

2.1 ความเครียดในผู้สูงอายุ

2.2 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 จำนวน ค่าเฉลี่ยและค่าร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในชุมชน

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N= 361	ร้อยละ
เพศ	ชาย	68	18.92
	หญิง	293	81.08
อายุ	อายุเฉลี่ย ...74.82 ± 6.08.... ปี		
	วัยต้น (60-69 ปี)	126	34.90
	วัยกลาง (70-79 ปี)	165	45.71
	วัยปลาย (80 ปีขึ้นไป)	70	19.39
อาชีพ	ไม่ประกอบอาชีพ/ แม่บ้าน / พ่อบ้าน	36	9.97
	รับจ้าง	112	31.02
	ค้าขาย	104	28.81
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	24	6.65
	เกษตรกรรม	85	23.55
การศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	195	54.05
	ปริญญาตรี	98	27.03
	สูงกว่าปริญญาตรี	68	18.92
ศาสนา	พุทธ	351	97.30
	คริสต์	10	2.70
	อิสลาม	0	0.00
สถานภาพ	โสด	127	35.18
	แต่งงาน/คู่	195	54.02
	หย่า/แยก/ร้าง	39	10.80

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 จำนวน ค่าเฉลี่ยและค่าร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในชุมชน (ต่อ)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N= 361	ร้อยละ
รายได้	รายได้เฉลี่ย 8,075 ± 2,548 บาท/เดือน		
	ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน	175	48.48
	10,001 – 50,000 บาท/เดือน	157	43.49
	50,001 – 100,000 บาท/เดือน	24	6.65
	มากกว่า 100,000 บาท/เดือน	5	1.39
ระยะเวลา ที่เป็น โรคเรื้อรัง	ต่ำกว่า 1 ปี	46	12.74
	1- 5 ปี	106	29.36
	>5 ปี – 10 ปี	180	49.86
	>10 ปี ขึ้นไป	29	8.03

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.08) อายุเฉลี่ย 74.82 ± 6.08 ปี อาชีพ รับจ้าง (ร้อยละ 31.02) ระดับการศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 54.05) ศาสนา พุทธ (ร้อยละ 97.30) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 54.02) รายได้ เฉลี่ย /เดือน 8,075 ± 2,548 บาท ส่วนใหญ่ มีรายได้ ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 48.48) ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่ >5 ปี – 10 ปี (ร้อยละ 49.86)

ตารางที่ 2 จำนวน ค่าเฉลี่ยและค่าร้อยละ โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุและระยะเวลาที่เข้ารับการรักษของผู้สูงอายุชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

โรคเรื้อรังและภาวะเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
1. ความดันโลหิตสูง	289	76.66
2.เบาหวาน	154	40.85
3.โรคหัวใจ	88	23.34
4.หลอดเลือดอักเสบ ถุงลมโป่งพอง หอบหืด ปอดอักเสบ	78	20.69
5.วัณโรคปอด	5	1.33
6.ต่อหิน	25	6.63
7.ต่อกระຈก	166	44.03
8. มะเร็ง	2	0.53
9.ต่อมลูกหมากโต	46	12.20
10.กระเพาะอาหาร / กระเพาะอาหารอักเสบ	233	61.80
11.ข้อเสื่อม เกาต์ รูมาตอยด์ ปวดข้อ	358	94.96
12.โรคพาร์กินสัน โรคเส้น	4	1.06
13.โรคไต	36	9.55
14. สมองเสื่อม โรคหลงลืม ความจำเสื่อม	57	15.12
15.แผลกดทับ	94	24.93
16.หูตึง	115	30.50
17.ฟันไม่ครบ 20 ซี่	102	27.06

จากตารางที่ 2 แสดงว่า ปัญหาสุขภาพเรื้อรังโรคและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ² ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า ส่วนใหญ่ มีปัญหาสุขภาพและภาวะเจ็บป่วย เกี่ยวกับโรคข้อเสื่อม/เกาต์/รูมาตอยด์/ปวดข้อ ร้อยละ 94.96 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.66 และ โรคกระเพาะอาหาร/กระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 61.80

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์และประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

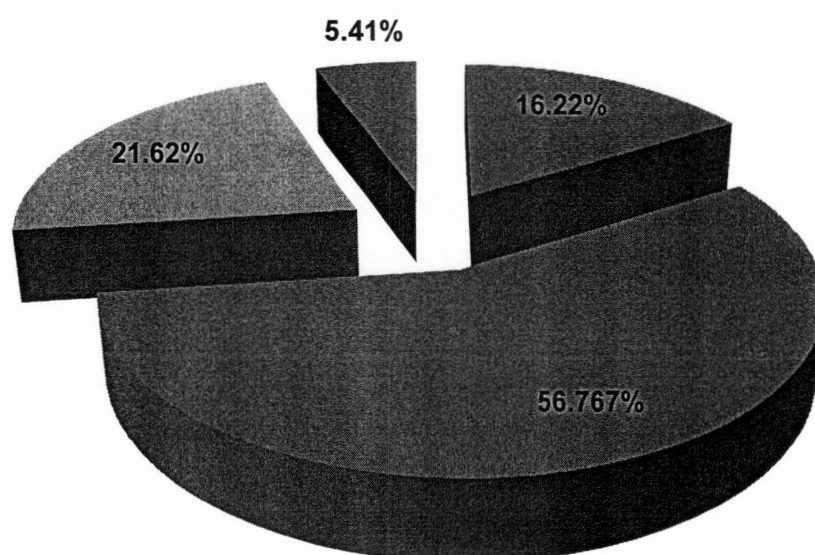
2.1 ความเครียดในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของคะแนนความเครียดในภาพรวม ของผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

ระดับความเครียด	จำนวน N=361	ร้อยละ
เครียดน้อย	59	16.22
เครียดปานกลาง	205	56.76
เครียดสูง	78	21.62
เครียดรุนแรง	20	5.41

ร้อยละของความเครียดในผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข

■ เครียดน้อย ■ เครียดปานกลาง ■ เครียดสูง ■ เครียดรุนแรง



แผนภูมิที่ 1 แสดงร้อยละของความเครียดในผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

จากตารางและแผนภูมิที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีระดับความเครียด อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.75 (ค่าคะแนน 24-41 คะแนน) รองลงมา มีระดับความเครียด สูง คิดเป็นร้อยละ 21.62 (ค่า

คะแนน 42-61) มีความเครียด น้อย คิดเป็นร้อยละ 16.22 และ มีความเครียดรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 5.41 (ค่าคะแนน 62 ขึ้นไป)

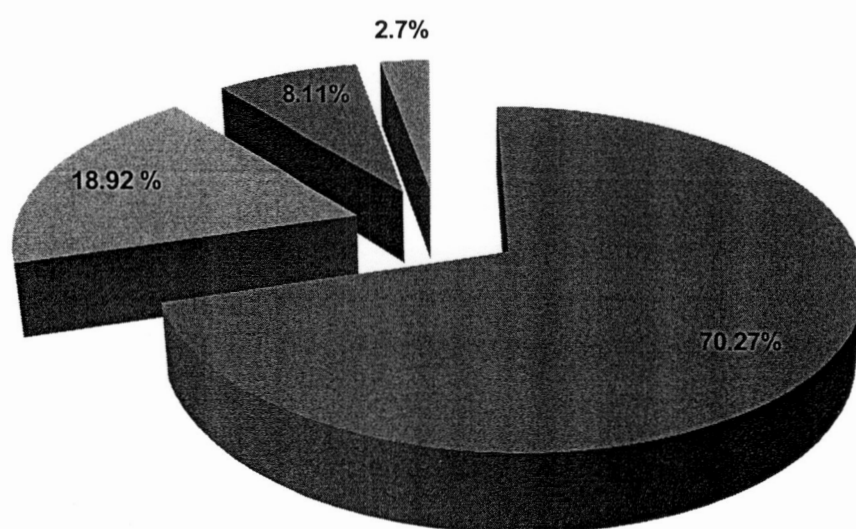
2.2 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของคะแนนภาวะซึมเศร้าในภาพรวม ของผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

ระดับความซึมเศร้า	จำนวน N=361	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	254	70.27
มีความซึมเศร้าเล็กน้อย	68	18.92
มีความซึมเศร้าปานกลาง	29	8.11
มีความซึมเศร้ารุนแรง	10	2.70

ร้อยละของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข

■ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ■ มีความซึมเศร้าเล็กน้อย
■ มีความซึมเศร้าปานกลาง ■ มีความซึมเศร้ารุนแรง



แผนภูมิที่ 2 แสดงร้อยละของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข
จังหวัดชลบุรี

จากตารางและแผนภูมิที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 70.27 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 29.73 โดยมีส่วนใหญ่มีความซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 18.92 รองลงมา มีความซึมเศร้า ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 8.11 และมีความซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 2.7

2.3 การเปรียบเทียบความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ ในภาพรวม (T-test)

ภาวะสุขภาพจิต	ชาย		หญิง		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. ความเครียด	31.17	9.888	33.03	11.822	-.361	.651
2. ภาวะซึมเศร้า	4.40	6.107	6.17	5.071	-.686	.967

จากตารางที่ 5 แสดงว่า ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี เมื่อเปรียบเทียบตามเพศ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา

ความแปรปรวน	Ss	df	MS	F	p
1. ความเครียด					
ระหว่างกลุ่ม	193.843	2	96.921	.860	.435
ภายในกลุ่ม	2818.264	359	112.731		
รวม	3012.107	361			
2. ภาวะซึมเศร้า					
ระหว่างกลุ่ม	79.738	2	39.869	1.373	.274
ภายในกลุ่ม	638.822	359	29.037		
รวม	718.560	361			

จากตารางที่ 6 แสดงว่า ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี เมื่อเปรียบเทียบตามระดับการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพ

ความแปรปรวน	Ss	df	MS	F	p
1. ความเครียด					
ระหว่างกลุ่ม	354.317	3	118.106	1.236	.317
ภายในกลุ่ม	2484.650	358	95.563		
รวม	2838.967	361			
2. ภาวะซึมเศร้า					
ระหว่างกลุ่ม	89.320	3	29.773	.996	.413
ภายในกลุ่ม	657.795	358	29.900		
รวม	747.115	361			

จากตารางที่ 7 แสดงว่า ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี เมื่อเปรียบเทียบตามสถานภาพ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ

ความแปรปรวน	Ss	df	MS	F	p
1. ความเครียด					
ระหว่างกลุ่ม	267.452	5	66.863	.509	.730
ภายในกลุ่ม	2626.308	356	131.315		
รวม	2893.760	361			
2. ภาวะซึมเศร้า					
ระหว่างกลุ่ม	49.949	5	12.487	.417	.794
ภายในกลุ่ม	538.659	356	29.926		
รวม	588.609	361			

จากตารางที่ 8 แสดงว่า ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี เมื่อเปรียบเทียบตามอาชีพ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะเครียดของผู้สูงอายุ ในชุมชนเทศบาลเมือง
 แสนสุข จังหวัดชลบุรี

ปัจจัย	1	2	3	4	5	6
1.เพศ	1.000					
2.อายุ	-.217	1.000				
3.ระดับการศึกษา	-.379*	.139	1.000			
4.สถานภาพ	-.003	.167	.118	1.000		
5.รายได้	-.189	-.102	.408	-.151	1.000	
6.อาชีพ	.313	-.264	-.716**	.151	-.034	1.000

* Correlation is significant at the 0.05 level

** Correlation is significant at the 0.01 level

จากตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกับความเครียด พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

ปัจจัย	1	2	3	4	5	6
1.เพศ	1.000					
2.อายุ	.066	1.000				
3.ระดับการศึกษา	-.294	-.201	1.000			
4.สถานภาพ	-.095	-.327	.642	1.000		
5.รายได้	-.311	-.178	.181	.412	1.000	
6.อาชีพ	-.092	.045	.675	.093	.212	1.000

* Correlation is significant at the 0.05 level

** Correlation is significant at the 0.01 level

จากตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด กับภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุ ในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

ภาวะสุขภาพจิต	1	2
1.ความเครียด	1.000	
2.ภาวะซึมเศร้า	.428*	1.000

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

จากตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง การดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎี

โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ปีที่ 1: ผลการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นโครงการวิจัยย่อยที่ 5 ในแผนงานวิจัย “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข” ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัย ในปีที่ 1 ของแผนงานวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษา อัตราของของความเครียด ภาวะซึมเศร้า ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียด และภาวะซึมเศร้า และเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเมื่อจำแนกตามคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรังและอยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี จำนวน 5,797 คนกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครจีซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan. 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 361 คน ตัวแปรต้น คือ คุณลักษณะของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ตัวแปรตาม คือ ระดับความเครียด และ ระดับภาวะซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยนี้ ใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 2 เครื่องมือ ดังนี้ 1) แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล , 2540) มีค่าความเชื่อมั่น มากกว่า 0.7 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) มีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.93 (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2534) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2537) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติ ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ระดับความเครียด และภาวะซึมเศร้า ตามเกณฑ์ของเครื่องมือวัด การเปรียบเทียบใช้สถิติ ค่าที(t-test) One-Way ANOVA และหาค่าความสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson Correlation)

สถานที่ในการศึกษาวิจัย

พื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

ระยะเวลา 1 ปี (ปีงบประมาณพ.ศ. 2556)

ผลการศึกษาวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.08) อายุเฉลี่ย 74.82 ± 6.08 ปี อาชีพ รับจ้าง (ร้อยละ 31.02) ระดับการศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 54.05) ศาสนา พุทธ (ร้อยละ 97.30) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 54.02) รายได้ เฉลี่ย /เดือน $8,075 \pm 2,548$ บาท ส่วนใหญ่ มีรายได้ ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 48.48) ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่ >5 ปี – 10 ปี (ร้อยละ 49.86)
2. ปัญหาสุขภาพเรื่องโรคและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า ส่วนใหญ่ มีปัญหาสุขภาพและภาวะเจ็บป่วย เกี่ยวกับโรคข้อเสื่อม/ เก๊าท์/รูมาตอยด์/ปวดข้อ ร้อยละ 94.96 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.66 และ โรคกระเพาะอาหาร/กระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 61.80
3. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีระดับความเครียด อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.75 (ค่าคะแนน 24-41 คะแนน) รองลงมา มีระดับความเครียด สูง คิดเป็นร้อยละ 21.62 (ค่าคะแนน 42-61) มีความเครียด น้อย คิดเป็นร้อยละ 16.22 และ มีความเครียดรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 5.41 (ค่าคะแนน 62 ขึ้นไป)
4. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 70.27 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 29.73 โดยมีส่วนใหญ่มีความซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 18.92 รองลงมา มีความซึมเศร้า ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 8.11 และมีความซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 2.7
5. ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี เมื่อเปรียบเทียบกับระดับการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน
6. ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี เมื่อเปรียบเทียบกับสถานภาพ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน
7. ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี เมื่อเปรียบเทียบกับอาชีพ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน
8. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกับความเครียด พบว่า

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

9. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

10. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่ มีปัญหาสุขภาพและภาวะเจ็บป่วย เกี่ยวกับโรคข้อเสื่อม/ เก๊าท์/รูมาตอยด์/ปวดข้อ ร้อยละ 94.96 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของทัศนีย์ มีประเสริฐ และเสาวภา อินผา (2553) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 91.8 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 65.26 ± 7.47 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุ และโรคข้อเข่าเสื่อมนี้เป็นปัญหาสุขภาพและปัญหาสาธารณสุข ที่สำคัญของผู้สูงอายุในปัจจุบัน สาเหตุหลักของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากสภาพอายุที่มากขึ้น ทำให้มีการเสื่อมของกระดูกอ่อนและเนื้อเยื่อรอบๆ ข้อเข่าจนเกิดความพิการของข้อเข่าและมีอาการปวดเรื้อรัง ในคนไทยพบว่าพฤติกรรม การนั่งยองๆ นั่งพับเพียบ นั่งคุกเข่า หรือนั่งขัดสมาธิ ทำให้ข้อเข่าถูกกดทับเป็นเวลานาน ร่วมกับการเสื่อมหรือสึกหรอของเข่าจากอายุที่มากขึ้น ผิวกระดูกอ่อนถูกทำลายจนไม่สามารถรักษาให้กลับคืนสภาพเดิมได้ทำให้ข้อเข่าติดแข็ง ในช่วงแรกมักเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปและหายได้โดยการพัก แต่เมื่อโรคเป็นมากขึ้น จะมีอาการปวดเข่าอย่างรุนแรงขณะมีกิจวัตรประจำวัน แม้กระทั่งขณะนอนพักหรือตอนกลางคืน มีเสียงดังในข้อ ไม่สามารถนั่งยองๆ นั่งงอเข่า หรือนั่งพับเพียบได้เลย (วรรณิ สัตยวิวัฒน์และคณะ, 2539) ทำให้แบบแผนในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป(เบญจมาศ ม่วงทอง , 2544)

รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.66 ซึ่งถือได้ว่าเป็นโรคเรื้อรังที่มักเกิดกับผู้สูงอายุ ในอันดับต้น ๆ ของโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ทัศนีย์ ศรีญาณลักษณ์ และคณะ (2554) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การดูแลแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.67) และมีอายุเฉลี่ย 62.78 ปีซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ปัจจุบันอัตราป่วยต่อแสนประชากรของโรคนี้มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โรคความดันโลหิตสูงส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือด สมองแตกหรืออุดตัน การเกิดความผิดปกติที่หลอดเลือดฝอยที่ไตและเรตินาทำให้ไตวายและตาบอด การเกิดโรคหัวใจซึ่งประกอบด้วยภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต หัวใจวาย นอกจากทำ

ให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ แล้ว หากผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงระดับปานกลางถึงรุนแรง ผู้ป่วยมักจะมีอาการและอาการแสดงของโรค ได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ตาพร่ามัว ใจสั่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย (สุจินดา ริมศิริทอง, สุตาพรรณ ธัญจิราและอรุณศรี เดชสังข์, 2546)

2. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข มีภาวะเครียด สูง ร้อยละ 21.62 (ค่าคะแนน 42-61) และ มีความเครียดรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 5.41 (ค่าคะแนน 62 ขึ้นไป) ซึ่งถือได้ว่า เป็นภาวะเครียดที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัด เพื่อให้ผ่อนคลายจากความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ขนิษฐา ตลอดภพ และคณะ (2556) ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุ ต.บ้านคลอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุ อันดับที่ 1 คือปัจจัยเรื่องส่วนตัว เช่น ความแก่ลงอย่างเห็นได้ชัด การบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย และการไม่มีเวลาให้ตัวเอง เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอย และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วได้ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาต่าง เช่น ปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม การดำเนินชีวิตอยู่ในวงแคบจำกัด การร่วมทำกิจกรรมต่าง ลดน้อยลงไปเรื่อย ผู้สูงอายุบางคนต้องอยู่ตามลำพังตลอดเวลาเพราะลูกหลานแยกย้ายไปตั้งครอบครัวหรือต้องออกไปประกอบอาชีพทำงานหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว ทำให้ขาดการติดต่อสัมพันธ์กัน ผู้สูงอายุจึงอยู่อย่างโดดเดี่ยวทำให้เกิดสภาพแวดล้อมและสังคมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุผลจากการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ผู้สูงอายุบางรายต้องประสบกับภาวะบีบคั้นในด้านต่าง ส่งผลให้สภาวะสุขภาพกายและจิตเสื่อมโทรม จนเกิดเป็นความเครียดเกิดขึ้น หากผู้สูงอายุไม่สามารถจัดการกับปัญหาความเครียดได้ ก็ย่อมส่งผลต่อสภาวะสุขภาพ

3. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 29.73 โดยมีส่วนใหญ่มีความซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 18.92 รองลงมา มีความซึมเศร้า ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 8.11 และมีความซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 2.7 แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ช่อผกา สุทธิพงศ์และศิริอร สินธุ(2555) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง เนื่องจากปัจจุบันการที่ผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้กับผู้สูงวัย และมักมีโอกาที่โรคจะทวีความรุนแรงมากขึ้น จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเกิดปัญหาต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิต ผลการศึกษาวิจัยของ ช่อผกา สุทธิพงศ์และศิริอร สินธุ ชี้ให้เห็นข้อค้นพบว่า แผลกดทับและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจึงมีความสำคัญไม่เพียงแต่ทางร่างกายเท่านั้นแต่ยังรวมถึงสภาพทางจิตใจที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และต้องได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมจะทำให้การซึมเศร้าดีขึ้นได้

4. ระดับการศึกษาและอาชีพ มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ อรสา ไยยง และพีรพันธ์ ลีอนุวัชชัย(2554) ที่ทำการศึกษาวิจัย ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจาก การสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี และพบว่า การ ไม่ได้รับการศึกษา ($p < 0.05$) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ($p < 0.01$) ไม่มีรายได้/หรือมีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ($p < 0.01$) ไม่ได้รับรายได้จากการประกอบอาชีพ ($p < 0.01$) มีความสัมพันธ์กับความเครียด และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในผู้สูงอายุ

5. ความเครียดกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สอดคล้องกรมสุขภาพจิต (2553) ที่ ระบุว่า ปัจจัยที่กระตุ้นให้คนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และมีโอกาสเกิดคือ ความเครียด มักพบว่าผู้ป่วยโรคนี้ จะมีความผิดปกติของระดับสารเคมี ที่เซลล์สมองสร้างขึ้น เพื่อรักษาสมดุลของอารมณ์ สภาพจิตใจที่เกิดจากการเลี้ยงดูก็เป็นปัจจัยที่เสี่ยงอีก ประการหนึ่ง ต่อการเกิดโรคซึมเศร้าเช่นกัน คนที่ขาดความภูมิใจในตนเองมองตนเอง และโลกที่เขาอยู่ ในแง่ลบตลอดเวลา หรือเครียดง่าย เมื่อเจอกับมรสุมชีวิต ล้วนทำให้มีโอกาสป่วยง่ายขึ้น นอกจากนี้ หากชีวิตพบกับการสูญเสียครั้งใหญ่ต้องเจ็บป่วยเรื้อรัง ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดไม่ราบรื่น หรือต้องมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ไม่ปรารถนา ก็อาจกระตุ้นให้โรคซึมเศร้ากำเริบได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเร่งดำเนินการคัดกรองทางสุขภาพจิตในทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของผู้สูงอายุ การคัดกรองทางสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา และองค์กรต่าง ๆ ควรให้ความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของผู้สูงอายุที่ปัจจุบัน องค์กรต่าง ๆ ได้ขยายเวลาและโอกาสในการทำงานมากขึ้น แต่ขาดการเฝ้าระวังและติดตามประเมินผลทางด้านสุขภาพจิต ด้วย
2. การสร้างเครื่องมือวัดและประเมินทางสุขภาพจิตยังคงมีความสำคัญ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับสภาพของแต่ละช่วงวัย ของบุคคล
3. ควรปรับปรุงระบบการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางก้านสุขภาพจิต ไม่ว่าจะเป็น ความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าที่ผู้คนมักละเลยและไม่ให้ความสำคัญ ทำให้เกิดผลร้าย และบางคนอาจถึง ฆ่าตัวตายได้
4. ควรจัดกิจกรรมสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อโรคทางสุขภาพจิต ทั้ง ความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า
5. ควรพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทางด้านสุขภาพให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงานด้านการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยโดยใช้โปรแกรมการบำบัดหรือการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยแก้ไขปัญห
ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเครียดหรือภาวะซึมเศร้าและติดตามผลอย่างใกล้ชิดต่อไป
2. ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแบบวัดสุขภาพจิตทั้งเรื่องความเครียดและภาวะซึมเศร้า ให้มี
ความเหมาะสมกับกลุ่ม และช่วงวัย
3. ควรพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิต ในกลุ่มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เนื่องจากเป็น
กลุ่มเสี่ยงที่มีแนวโน้มต่อการเกิดภาวะบกพร่องทางจิตได้ง่าย

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2541). คู่มือคลายเครียด (พิมพ์ครั้งที่ 6), กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2541). ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชากรในภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจในรอบ 1 ปี. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบงาน.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2540). แผนพัฒนาสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 ด้านสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สยามอินทรีนมาเกิดตั้ง.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2544). สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2543-2544. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กรรณิกา ดุษฎี. (2546). ระดับความเครียดและสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของบุคลากรโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. รายงานวิจัยโรงพยาบาลสวนสราญรมย์.สุราษฎร์ธานี.
- กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2541). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2540. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติมา อมรทัต. (2542). เคล็ดลับพิชิตความเครียด. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สร้างสรรค์บุ๊คส์.
- ข้อผกา สุทธิพงศ์ และศิริอร สันธู. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง *J Nurs Sci. 2012;30(1):28-39 January-March.*
- ปาหนัน บุญ-หลง. (2528). การพยาบาลจิตเวชเล่ม 1. เชียงใหม่: เชียงใหม่สทวนกิจ.
- พระสมเด็จ สุขสมบูรณ์. (2546). ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความเครียดของสามเณรนักศึกษา มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ. (2540). รายงานการวิจัยเรื่องการสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550 มูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส). หน้า 2-3 อ้างใน <http://www.oppo.opp.go.th/info/satanakarn50.pdf>
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. โครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย. หน้า 92 – 100 อ้างใน <http://static.agingthai.org/files/content/4regions.pdf>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรไทยผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. หน้า ที่ 48

อ้างใน http://www.oppo.opp.go.th/info/report_surveyOlder50.dpf

www.stou.ac.th. การสร้างความสุขในผู้สูงอายุ. อ้างใน http://stou.ac.th/stoukc/elder/main1_9.html

อนงค์ วิเศษสุวรรณ. (2550). NLP: Neuro Linguistic Programming ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาท

สัมผัส. ชลบุรี: ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

อรสา ไยยง และ พีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย.(2554). ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจาก การสูญเสีย

ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

2554; 56(2): 117-128.

Ayelet. T. (2001). Challenges and Social support during the transition to high school. Retrieved

October 5, 2002 from <http://il.proquest.com/hp/product/dissertations.html>

Cohen, S.,Karmarck, T. & Mermelestien, R. (1983). A Global measure of perceived stress.

Journal of Health and Social Behaviour, 25, 385-396.

Coleman. J.C. (1981). Abnormal Psychology and Modern life. New York: Bombay.

Cooper, C.L. (1987). Stress-prone behavior : Type A pattern. In R Kalimo, M.A. El-Batawi, &

C.L.Cooper (eds.) Psychosocial factors at work and their relation to health (pp. 134-439). Geneva: World health Organization.

Dilts, R. (1999). The article of the month.[online]. Available:

<http://www.scuz.net/~radilts/articles/artic28.htm>

Dilts, R. (1998) The NLP pattern of month: The Change Cycle.[online]. Available:

<http://www.scuz.net/~radilts/patterns/pattern3.htm>

Dubrin, A.J. (1990) Effective business psychology. (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Pretice-Hall.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก ข้อมูลสำหรับผู้ร่วมวิจัย

ภาคผนวก ข ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ภาคผนวก ค แบบสอบถาม

ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย

การวิจัย เรื่อง: การดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจากคณะผู้วิจัยให้เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยการวัดระดับความเครียด และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี แล้วให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ซึ่งได้ผ่านการทดสอบโปรแกรมจากผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้ว ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอชี้แจงให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยดังนี้

1. คำชี้แจงเกี่ยวกับเหตุผลที่ต้องทำการศึกษาวิจัย

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น การเจ็บป่วย การเสื่อมของระบบต่างๆ ในร่างกายที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ความรู้สึกกดดัน ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาททางสังคม ซึ่งล้วนแต่มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น (ชาตรี บานชื่น, 2552) จากรายงานปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 60 ปี ขึ้นไป ในสถานบริการสังกัด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ใน รอบ 5 ปี พ.ศ. 2547 – 2551 มีผู้ป่วยนอกเข้ารับบริการ 141,566 ราย ต่อปี ผู้ป่วยใน 2,663 ราย ต่อปี สำหรับปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอก 5 อันดับ คือ 1. โรควิตกกังวล และความเครียด ร้อยละ 26.42 2. โรคจิต ร้อยละ 25.73 3. โรคที่มีสาเหตุจากสมองและร่างกาย ร้อยละ 18.47 4. โรคซึมเศร้า ร้อยละ 18.24 และ 5. โรคจากสารเสพติด ร้อยละ 3.43 (กรมสุขภาพจิต , 2552) การส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุ มีชีวิตเป็นสุข ต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจ ในการปฏิบัติอย่างจริงจัง จากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เริ่มต้นตั้งแต่ตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลในครอบครัว สังคม ตลอดจนหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถาบันครอบครัวจะได้ตระหนักถึงบทบาท และความสำคัญ ที่จะทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า และมีความสำคัญต่อครอบครัว และสังคม

คณะผู้วิจัย มีความประสงค์ที่จะทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดย ดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ(กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2537) โดยแปลผลเป็นภาวะสุขภาพจิตปกติ เศร้าเล็กน้อย เศร้าปานกลาง และเศร้ารุนแรง และใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST - 20) (สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุล , 2540) ในการวัดความเครียดของผู้สูงอายุ เพื่อคัดกรองและค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และภาวะเครียด โดยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง สามารถเลือกนำลัทธิไปใช้ในการจัดการความเครียด และเพิ่มคุณค่าแห่งตนและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

2. คำชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์หรือสอบถามจากคณะผู้วิจัย โดยการสัมภาษณ์จะมีแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า และการวัดความเครียดของผู้สูงอายุ เพื่อคัดกรองและค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และภาวะเครียด และได้รับคำปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ ที่ท่านได้ให้ ข้อมูลแก่คณะผู้

ศึกษาวิจัย จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

ขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการ

2.1 ท่านจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ประโยชน์ของการศึกษาวิจัย

2.2 การลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.3 ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อตอบแบบสอบถามดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว โรคเรื้อรังที่เป็น ระยะเวลาในการรับการรักษา เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

2.4 ได้รับการเชิญเข้ารับการให้คำปรึกษาเพื่อ เข้าร่วมโครงการการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ซึ่งสามารถช่วยแก้ปัญหาในการเผชิญภาวะเครียด ความวิตกกังวล รวมถึงความรู้สึกซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ เนื่องจากโปรแกรมนี้สามารถตอบสนองปัญหาได้หลายชนิด อย่างเฉียบพลัน สามารถปรับปรุงทัศนคติและความรู้สึกโดยการให้บุคคลขยายกรอบประสบการณ์ใหม่และมองเห็นกรอบประสบการณ์เดิมในแง่มุมใหม่ ช่วยพัฒนาการสร้างความสัมพันธ์ภาพ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยค้นหาตัวเอง มีกระบวนการที่เข้าใจง่ายต่อผู้รับคำปรึกษาและจุดเด่นของวิธีการนี้คือ สามารถให้ประสิทธิผลได้ภายในการบำบัดเพียงครั้งเดียว หรือบางครั้งใช้เวลาเพียง ระยะเวลาสั้นก็สามารถแก้ปัญหาได้

โดยมีขั้นตอนแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังต่อไปนี้

1. ระยะก่อนการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และความสมัครใจโดยให้ผู้สูงอายุ ทำแบบวัดความเครียดและแบบประเมินสุขภาพจิตเพื่อวัดระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ แล้วคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีระดับความเครียดสูง และภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรงและทำการสุ่ม อีกครั้ง แบ่งเป็น 2 กลุ่มเท่า ๆ กันกลุ่มละ 30 คน บันทึกค่าคะแนนที่ได้ไว้เป็นคะแนนระยะก่อนการให้คำปรึกษา

2. ระยะการให้คำปรึกษา เป็นระยะเวลา 15 วัน ผู้วิจัยดำเนินการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวม(ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเครียดสูง) และ เทคนิคครีมีพลังแห่งตน (ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง) ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสกับกลุ่มที่ได้รับการคัดเลือก ผู้วิจัยสนทนาเป็นรายบุคคลกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสัมภาษณ์ ทำความเข้าใจในการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงขั้นตอน แก่ผู้สูงอายุที่เป็นผู้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้ให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคนี้จะได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติตามที่โรงพยาบาลจัดให้ การให้คำปรึกษาครั้งนี้ เป็นการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล วันละ 1-2 คน แบ่งเป็นช่วงเวลาเช้า และช่วงเวลาค่ำ รวม 2 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที โดยเริ่มจากการผู้เข้ารับการให้คำปรึกษา คนที่ 1 , 2 , 3 , 4 ,และ..... ลำดับ ตามโปรแกรมที่กำหนดไว้

3. ระยะหลังการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยสัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้รับการให้คำปรึกษาถึงความรู้สึก ที่เกิดขึ้น ขณะและหลังได้รับการให้คำปรึกษาตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นหลังการให้คำปรึกษา เป็นรายบุคคล จากนั้นทำการวัดความเครียด และภาวะซึมเศร้า (post test) ของทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้แบบวัดซึ่งเป็นฉบับเดียวกับที่ใช้ในระยะก่อนการให้คำปรึกษา

4. ระยะติดตามผล โดยห่างจากระยะหลังการให้คำปรึกษาเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการวัดความเครียดของทั้ง 2 กลุ่ม โดย แบบวัดฉบับเดิม เช่นเดียวกับระยะก่อนการให้คำปรึกษา หลังจากเสร็จสิ้นระยะติดตามผล กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามวิธีปกติของทางโรงพยาบาล จะได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวมและเทคนิคครีมีพลังแห่งตนเช่นเดียวกับกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม

2.5 ได้รับการบริการติดตาม และเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ สหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล และ นักจิตวิทยา เป็นต้น

3. คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1. เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขต เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี อาศัยในเขตพื้นที่จังหวัดชลบุรี
2. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีการลงนามยินยอมตามแบบฟอร์มที่คณะผู้วิจัยจัดทำขึ้นซึ่ง จะได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยบูรพา
3. ได้รับการคัดกรองความเครียดและภาวะซึมเศร้า และอยู่ในเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดในการ คัดเลือกเข้าสู่การวิจัยในระยะให้คำปรึกษา

4. ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับ

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ จะได้รับการวัดและประเมินภาวะสุขภาพจิต ด้านความเครียดและ ภาวะซึมเศร้า และหากท่านยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จะได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยแก้ปัญหา ช่วยให้ท่าน สามารถเผชิญความเครียด และภาวะซึมเศร้าและได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง จากทีม สุขภาพ สหสาขาวิชาชีพ หากพบความผิดปกติทางคณะผู้วิจัยจะได้ประสานงานแจ้งให้เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ที่เป็นผู้ดูแลในพื้นที่รับผิดชอบของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบ ซึ่งหากต้องได้รับการรักษาจากแพทย์นั้น ผู้ป่วย ต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปโดยสมัครใจ และหากท่านปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการ นี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาตามปกติที่ท่านควรจะได้รับจากโรงพยาบาลที่นี่และที่อื่น และแม้ว่าท่าน ตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้แล้ว ท่านก็ยังสามารถปฏิเสธและถอนตัว ยุติการเข้าร่วมโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ ตามที่ท่านต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ เช่นกัน

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อได้ที่

นายสรร กลิ่นวิชิต

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โทรศัพท์ 038-386554 , 103177 ต่อ 204

ซึ่งยินดีให้ข้อมูลแก่ท่านทุกเมื่อ และขอขอบคุณในความร่วมมือ มา ณ โอกาสนี้

ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

โครงการวิจัย เรื่อง การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษา
ประสาทสัมผัส

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

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ
ในการศึกษาวิจัย รวมทั้งผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้า
พอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์จะปฏิเสธหรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย
ครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ โดยการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่ผลต่อการดูแลรักษาที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

คณะผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะ
ข้อมูลในรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้
เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความ
เต็มใจ

หากข้าพเจ้ามีปัญหา หรือข้อสงสัยถึงผลที่เกิดขึ้นจากการวิจัย สามารถซักถามผู้วิจัยได้ทันที หรือ
ซักถาม หัวหน้าโครงการวิจัย โดยติดต่อที่ นายสรวิทย์ กลิ่นนิขิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
โทรศัพท์ 038-386554 , 103177 ต่อ 204

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ทำวิจัย
(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี
แล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือขวาของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ทำวิจัย
(.....)

แบบสอบถาม
แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความเครียดสวนปรุง ชุด 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย

ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะเครียด ซึมเศร้า เข้ารับการให้คำปรึกษาตามแนวทฤษฎีโปรแกรมประสาทสัมผัสต่อไป โดยข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะเผยแพร่ในส่วนที่เป็นประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

☐

1. ชาย

☐

2. หญิง

2. อาชีพ

3. ระดับการศึกษา

☐

1. ต่ำกว่าปริญญาตรี

☐

2. ระดับปริญญาตรี

☐

3. สูงกว่าปริญญาตรี

4. ศาสนา

☐

1. พุทธ

☐

2. คริสต์

☐

3. อิสลาม

☐

4. อื่น ๆ (โปรดระบุ)

5. สถานภาพสมรส

☐

1. โสด

☐

2. แต่งงาน/คู่

☐

3. หย่า/ แยก / ร้าง

☐

4. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

6. รายได้ของครอบครัว(บาท/ต่อเดือน)

7. โรคเรื้อรังที่เป็น.....

8. ระยะเวลาในการรักษา.....

แบบทดสอบความเครียดสวนปรุง ชุด 20 ข้อ (Suanprung Stress Test-20, SPST-20)

คำชี้แจง

ให้ท่านอ่านหัวข้อข้างล่างนี้ แล้วสำรวจดูว่าในระยะ 6 เดือน ที่ผ่านมามีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับตัวท่านบ้าง ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ แต่ถ้ามีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับตัวท่านให้ประเมินว่าท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น แล้วทำเครื่องหมายให้ตรงช่องตามที่ท่านประเมิน

คำถามในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา	ระดับความเครียด				
	ไม่รู้สึก	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1.กลัวทำงานพลาด					
2.ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้					
3.ครอบครัวมีความขัดแย้งในเรื่องเงินทองหรือเรื่องงานในบ้าน					
4.เป็นกังวลเรื่องสารพิษ หรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน					
5.รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ					
6.เงินไม่พอใช้จ่าย					
7.กลัมน้ำท่วม					
8.ปวดหัวจากความตึงเครียด					
9.ปวดหลัง					
10.ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง					
11.ปวดหัวข้างเดียว					
12.รู้สึกวิตกกังวล					
13.รู้สึกคับข้องใจ					
14.รู้สึกโกรธหรือหงุดหงิด					
15.รู้สึกเศร้า					
16.ความจำไม่ดี					
17.รู้สึกสับสน					
18.ตั้งสมาธิลำบาก					
19.รู้สึกเหนื่อยง่าย					
20. เป็นหวัดบ่อย ๆ					

หมายเหตุ

- การคิดคะแนน ตอบไม่รู้สึกเครียด ให้ 1 คะแนน เครียดเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน
เครียดปานกลาง ให้ 3 คะแนน เครียดมาก ให้ 4 คะแนน
เครียดมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ไม่ตอบ ให้ 0 คะแนน
- การแปลผล แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้
คะแนน 0-23 เครียดน้อย(mild Stress) คะแนน 24-41 เครียดปานกลาง(Moderate Stress)
คะแนน 42-61 เครียดสูง(High Stress) คะแนน 62 ขึ้นไป เครียดรุนแรง(Severe Stress)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS)

คำชี้แจง

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกท่านในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน และให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ลำดับ	ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1.	ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้			
2.	ท่านไม่ชอบทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			
3.	ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร			
4.	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ			
5.	ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า			
6.	ท่านมีเรื่องกังวลตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้			
7.	ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดี			
8.	ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน			
9.	ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข			
10.	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง			
11.	ท่านรู้สึกกระวนกระวาย กระสับการส่ายบ่อยๆ			
12.	ท่านชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน			
13.	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า			
14.	ท่านคิดว่าความจำท่านไม่ดีเท่ากับคนอื่น			
15.	การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดีหรือไม่			
16.	ท่านรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อยๆ			
17.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านค่อนข้างไม่มีคุณค่า			
18.	ท่านรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา			
19.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้มีเรื่องน่าสนุกอีกมาก			
20.	ท่านรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่			
21.	ท่านรู้สึกกระตือรือร้น			
22.	ท่านรู้สึกสิ้นหวัง			
23.	ท่านคิดว่าคนอื่นดีกว่าท่าน			
24.	ท่านอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กๆน้อยๆ อยู่เสมอ			
25.	ท่านรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ			
26.	ท่านมีความตั้งใจทำอะไรสักหนึ่งได้ไม่นาน			
27.	ท่านรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า			
28.	ท่านไม่ชอบพบปะพูดคุยกับคนอื่น			
29.	ท่านตัดสินใจอะไรได้เร็ว			
30.	ท่านมีจิตใจสบายแจ่มใสเหมือนก่อน			
รวม				

หมายเหตุ

1. การคิดคะแนน ข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน
ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

2. การแปลผล

- * คะแนน 0 – 12 คะแนน สุขภาพจิตปกติ
- * คะแนน 13 – 18 คะแนน มีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression)
- * คะแนน 19 – 24 คะแนน มีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression)
- * คะแนน 25 – 30 คะแนน มีความเศร้ารุนแรง (Severe depression)