

ภาวะซึมเศร้า รูปแบบการป้องกันทางจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Depression, Defense Style And Related Factors Of The Elderly In Aging Club At Public
Health Center 7



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health
Department of Psychiatry
FACULTY OF MEDICINE
Chulalongkorn University
Academic Year 2022
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ภาวะซึมเศร้า รูปแบบการป้องกันทางจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7
โดย	น.ส.ชนนี ปิตะนิละผลิน
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉันทชาย สิทธิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(อาจารย์ นายแพทย์ชาวิท ตันวีระชัยสกุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์)

ชื่อนี้ ปีทะเบียนผลิน : ภาวะซึมเศร้า รูปแบบการป้องกันทางจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ ใน
ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7. (Depression, Defense Style And Related Factors
Of The Elderly In Aging Club At Public Health Center 7) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. นพ.สุขเจริญ
ตั้งวงษ์ไชย

ภาวะซึมเศร้าถือเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้ในผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในวัยนี้ต้องเผชิญกับความเสื่อม
จากกระบวนการของความชราภาพและวิกฤตต่าง ๆ ในชีวิต หากสามารถปรับตัวได้เพียงจำกัดหรือเลือกใช้
รูปแบบการป้องกันทางจิตที่ไม่เหมาะสม นั้นอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ โดยการศึกษานี้มี
วัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้า รูปแบบการป้องกันทางจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 กรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ 129 คน ใน
ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 กรุงเทพมหานคร โดยขอให้อาสาสมัครตอบชุดแบบสอบถามที่ประกอบด้วย แบบ
ประเมินรูปแบบการป้องกันทางจิต (DSQ-60) แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-30) แบบสอบถาม
การมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปี และแบบประเมิน
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Chula ADL Index) โดยผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างพบผู้สูงอายุ
มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.3 สำหรับรูปแบบการป้องกันทางจิตที่ถูกใช้บ่อยที่สุด คือ adaptive defense
mechanisms โดยเฉพาะอย่างยิ่งรูปแบบ altruism และ sublimation กลไกการป้องกันทางจิตแบบปรับตัวได้
นี้มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า อีกทั้งการเป็นเพศชาย มีโรคทางจิตเวช มีการพึ่งพิงในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน ระดับปานกลาง มีความเครียดในชีวิตด้านเศรษฐกิจในระดับปานกลางถึงสูงและด้านสังคมในระดับสูง
มักเลือกใช้การป้องกันทางจิตรูปแบบ passive-aggression หรือ reaction formation และการไม่ค่อยได้ใช้การ
ป้องกันทางจิตรูปแบบ sublimation สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างนี้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุปหนึ่งในสิบของผู้สูงอายุในการศึกษานี้มีภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับผลการวิจัยก่อนหน้านี้
เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้การป้องกันทางจิตแบบ adaptive defense styles ซึ่งช่วยลดความเสี่ยง
ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นควรมีการนำปัจจัยตัวความเครียดทางจิตใจสังคมในช่วงที่ผ่านมาและประวัติการ
เจ็บป่วยทางจิตเวชมาใช้คัดกรอง อีกทั้งส่งเสริมการใช้การป้องกันทางจิตแบบปรับตัวได้จะเป็นประโยชน์ต่อการ
ป้องกันภาวะซึมเศร้าเพื่อใช้ดูแลผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

สาขาวิชา สุขภาพจิต
ปีการศึกษา 2565

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6270251430 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: Elderly, Depression, defense style

Chonanee Petanelaphalin : Depression, Defense Style And Related Factors Of The Elderly In Aging Club At Public Health Center 7. Advisor: Assoc. Prof. SOOKJAROEN TANGWONGCHAI, M.D.

Depression is a common mental health problem among the elderly. The elderly are often faced with degeneration from the aging process and life crises. If they have limited capacities for adaptation or use inappropriate defensive styles that would lead to depression in the elderly. The study aimed to explore the prevalence of depression, defense styles, and related factors among the elderly in senior club at public health center 7 in Bangkok, Thailand.

Data were consecutively collected from 129 elderly in senior club at public health center 7 in Bangkok. They were asked to complete the set of questionnaires, including; the Defense Styles Questionnaire-60 (DSQ-60), Thai Geriatric Depression Scale (TGDS-30), Social Activities Participation of Elder, the 1 Year Life Event Question, and Chula Activities of Daily Living Index (Chula ADL Index). Depression was found in 9.3% of the participants. The most frequently utilized defensive styles were adaptive defense mechanisms, especially, altruism and sublimation. These adaptive defense mechanisms also had a negative correlation with depression. Male gender, history of psychiatric disease, moderately dependency level of the instrumental activity of daily living (IADL), moderate to high level of stress in the economy, high-stress level on social facet, frequent use of passive-aggression or reaction formation defensive styles, and rarely using of sublimation could statistically significant predict depression for these samples.

The one-tenth proportion of the elderly in this study had depression, which is comparable to the previous reports. Almost all of them used adaptive defense styles which also decreased the risk of depression. Recent psychosocial stressors and a history of depression should be screened, and promoting adaptive defensive styles would be helpful for the prevention of depression in caring for the elderly at the senior club.

Field of Study: Mental Health

Student's Signature

Academic Year: 2022

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ของผู้วิจัยสามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือของบุคคลต่างๆ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในการให้ความรู้ ความกรุณาและความช่วยเหลือไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุชเชริญ ตั้งวงษ์ไชย ที่ได้กรุณารับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ท่านอาจารย์ได้ให้ความเมตตา เสียสละ สนับสนุนและทุ่มเทต่อข้าพเจ้ามาโดยตลอด ทั้งให้แนวคิด ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษารวมถึงให้กำลังใจในทุกช่วงเวลาตลอดการทำวิทยานิพนธ์รู้สึกซาบซึ้งระลึกถึงความเมตตาและพระคุณของท่านอาจารย์เป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ อ.นพ.ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ รศ.ดร.สุชีรา ภัทรา ยุตวรรัตน์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัย ที่ให้เกียรติสละเวลา และได้ให้คำแนะนำในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต ที่อนุเคราะห์ให้นำแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย มามาใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ คุณพิชญา นาวิระ และคณะ ที่ได้อนุญาตให้ใช้เครื่องมือ แบบประเมินรูปแบบการป้องกันทางจิต (The Defense Style Questionnaire-60 : DSQ-60) คุณเพ็ญศรี หลินศวนนท์ ที่ได้อนุญาตให้ใช้เครื่องมือ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ คุณสมจิตร์ นครพานิช ที่ได้อนุญาตให้ใช้เครื่องมือ แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปี ศาสตราจารย์สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ที่ได้อนุญาตให้ใช้เครื่องมือ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนี่จุฬา เอดีแอล ในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสำนักอนามัย และผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ที่ให้ความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 7 รวมทั้งผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และสมาชิกครอบครัวทุกคน รวมทั้งบุคคลที่อยู่เคียงข้างคอยเป็นกำลังใจสำคัญและแนะนำให้กำลังใจ พร้อมทั้งสนับสนุนผู้วิจัยอย่างเต็มที่ในทุกๆด้าน ด้วยดีเสมอมา

ชนนี ปีตะนิละผลิน

สารบัญ

	หน้า
.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญรูปภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย	1
คำถามการวิจัย	3
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
สมมติฐานการวิจัย	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework).....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
ข้อจำกัดในการทำวิจัย	5
คำสำคัญ.....	5
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ.....	5
ขอบเขตการวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9

ภาวะซึมเศร้า.....	10
ความหมายของภาวะซึมเศร้า.....	10
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	12
อาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า.....	14
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	17
การป้องกันทางจิต.....	24
ความหมายของกลไกป้องกันทางจิต.....	24
กลไกป้องกันทางจิต.....	25
พื้นฐานของการป้องกันทางจิต.....	28
รูปแบบการป้องกันทางจิต.....	29
รูปแบบการป้องกันทางจิตของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้สูงอายุ.....	36
การศึกษา รูปแบบการป้องกันทางจิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....	40
ชมรมผู้สูงอายุ.....	44
ความเป็นมาและความสำคัญของชมรมผู้สูงอายุ.....	44
ชมรมผู้สูงอายุในประเทศไทยและเขตกรุงเทพมหานคร.....	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	47
รูปแบบการวิจัย.....	47
ระเบียบวิธีวิจัย.....	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	53
ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรมในมนุษย์.....	54
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่เป็นตัวแปรอิสระของกลุ่มตัวอย่าง.....	57

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้า	65
ส่วนที่ 3 ข้อมูลรูปแบบการป้องกันทางจิต	66
ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's Exact Test.....	69
ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรูปแบบการป้องกันทางจิตและคะแนนภาวะ ซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficiency).....	87
ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการ สาธารณสุข 7 โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis).....	93
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	96
สรุปผลการวิจัย.....	97
อภิปรายผล.....	98
คำถามการวิจัยที่ 1 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7	104
คำถามการวิจัยที่ 2 รูปแบบการป้องกันทางจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการ สาธารณสุข 7	105
คำถามการวิจัยที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและรูปแบบการป้องกันทางจิตของ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7.....	109
ข้อจำกัดและอุปสรรคในการวิจัย	126
ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย	127
บรรณานุกรม.....	129
ประวัติผู้เขียน	140

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	เปรียบเทียบอาการของภาวะซึมเศร้าที่แสดงออกในวัยผู้ใหญ่และในผู้สูงอายุ	15
ตารางที่ 2	การจัดกลุ่มเปรียบเทียบรูปแบบการป้องกันทางจิต	30
ตารางที่ 3	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 (n=129)	57
ตารางที่ 4	ข้อมูลปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 กรุงเทพฯ (n=129)	60
ตารางที่ 5	ข้อมูลปัจจัยด้านการทำงานของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7	62
ตารางที่ 6	ข้อมูลปัจจัยทางจิตสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7	63
ตารางที่ 7	ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7	65
ตารางที่ 8	จำนวน และร้อยละของรูปแบบการป้องกันทางจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7	66
ตารางที่ 9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของรูปแบบการป้องกันทางจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7	67
ตารางที่ 10	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's Exact Test (N = 129)	69
ตารางที่ 11	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยทางจิตสังคมกับรูปแบบการป้องกันทางจิตในกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's Exact Test (N = 129)	78
ตารางที่ 12	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรูปแบบการป้องกันทางจิตทั้ง 3 กลุ่มและคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7	87
ตารางที่ 13	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรูปแบบการป้องกันทางจิตทั้งหมด 30 รูปแบบ และคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7	87

ตารางที่ 14 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนรูปแบบการป้องกันทางจิตทั้ง 3 กลุ่ม ระหว่างกลุ่มของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า. 90

ตารางที่ 15 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนรูปแบบการป้องกันทางจิตทั้งหมด 30 รูปแบบ ระหว่างกลุ่มของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า 91

ตารางที่ 16 แสดงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ด้วยการใช้วิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)..... 93



สารบัญญรูปภาพ

หน้า

รูปที่ 1 ภาพะซิมเศร้ำของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7.....	65
รูปที่ 2 รูปแบการป้องกันทางจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7.....	66



บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย

สถานการณ์ในปัจจุบันมีแนวโน้มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากการคาดการณ์ขององค์การสหประชาชาติ (United Nations) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีจำนวนประชากรสูงอายุทั่วโลกประมาณ 1.4 พันล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593⁽¹⁾ โดยประเทศไทยนั้นได้เข้าใกล้สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548⁽²⁾ จากการคาดการณ์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 ประเทศไทยจะมีจำนวนประชากรสูงอายุเป็นจำนวน 17.6 ล้านคน⁽³⁾ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ทั้งทางด้านร่างกาย, จิตใจ และสิ่งแวดล้อมรอบตัว ในด้านร่างกาย ได้แก่โรคเรื้อรัง ความเจ็บป่วยทางกาย หรือสมรรถภาพทางด้านร่างกายถดถอย อันเป็นเหตุทำให้ไม่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ที่เคยทำได้ดีเหมือนวัยทำงาน หรือในบางคนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียด ความกดดัน ความไม่สบายใจ และอาจรวมถึงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยรอบตัว⁽⁴⁾

เมื่อผู้สูงอายุประสบกับสถานการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจ ตึงเครียด หรือวิตกกังวล จะใช้การป้องกันทางจิตซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติในระดับจิตไร้สำนึกในรูปแบบที่แตกต่างกัน⁽⁵⁾ ทำให้ผู้สูงอายุรับมือกับความวิตกกังวลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมจากภายในและภายนอกได้ รวมทั้งจัดการหรือการหลีกเลี่ยงกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความกดดัน ความขัดแย้งในจิตใจ และความคับข้องใจ⁽⁶⁾ โดย Thygesen K L⁽⁷⁾ ได้ทำการจัดกลุ่มรูปแบบการป้องกันทางจิตออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ 1.กลุ่ม Adaptive Defenses เป็นการป้องกันทางจิตที่เหมาะสมกับวุฒิภาวะ ช่วยลดความวิตกกังวลได้ดี เมื่อใช้แล้วจะนำไปสู่การปรับตัวและการมีสุขภาพจิตดี มีทั้งหมด 9 รูปแบบ 2.กลุ่ม Affect Regulating Defenses เป็นการป้องกันทางจิตที่ทำให้บุคคลเพิกเฉยและเก็บกดอารมณ์ไว้ มีทั้งหมด 11 รูปแบบ 3.กลุ่ม Image Distorting Defenses เป็นการป้องกันทางจิตที่ทำให้บุคคลมองเหตุการณ์ในแง่ที่บิดเบือนไปจากความจริง มีทั้งหมด 10 รูปแบบ ซึ่งรูปแบบการป้องกันทางจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ การแสดงอาการออกทางกาย (Somatization) นำมาซึ่งการดูแลเอาใจใส่จากผู้อื่น การโทษผู้อื่น (Projection) และการปฏิเสธไม่รับรู้ความจริง (Denial) ซึ่งการ

ใช้การป้องกันทางจิตรูปแบบดังกล่าวอยู่บ่อย ๆ จะทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพกายและจิตตามมารวมทั้งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นบ่อยในผู้สูงอายุ⁽⁸⁾

การที่ผู้สูงอายุใช้การป้องกันทางจิตในรูปแบบที่ไม่เหมาะสมอยู่บ่อย ๆ หรือในรูปแบบเดิมซ้ำ ๆ อยู่สม่ำเสมอ โดยไม่มีการยืดหยุ่น หรือปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ มักจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต หรือจิตพยาธิสภาพในผู้สูงอายุบุคคลนั้นตามมา⁽⁵⁾ จากการศึกษาของ Bond⁽⁹⁾ พบว่าการใช้การป้องกันทางจิตอย่างไม่เหมาะสม นั้นมีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยทางจิตและอาการของโรคทางจิตเวช ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ ต้นสาย แก้วสว่าง และคณะ โดยศึกษาในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าผู้ที่ใช้การป้องกันทางจิตกลุ่ม Image Distorting Defenses มีคะแนนความผิดปกติทางจิต และภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มอื่น อาจกล่าวได้ว่าการใช้การป้องกันทางจิตในรูปแบบที่ไม่เหมาะสมอันเป็นลักษณะบิดเบือนการรับรู้และการยอมรับความเป็นจริง มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า⁽¹⁰⁾

ภาวะซึมเศร้าถือเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ⁽¹¹⁾ การศึกษาในประเทศไทย พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 72.3 และมีภาวะซึมเศร้าแน่นอนในอัตราร้อยละ 15.6⁽¹²⁾ และการศึกษาของ Goud and Nikhade (2015)⁽¹³⁾ พบว่าการมีอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากขึ้นเช่นกัน เมื่อปี พ.ศ. 2542 องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถานการณ์พบว่า โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ซึ่งมีความรุนแรงต่อชีวิตเป็นอันดับที่ 4 จาก 10 อันดับโรคร้ายแรงทั้งหมด และองค์การอนามัยโลกได้ทำนายต่อไปว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพมากที่สุดเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจ สำหรับในผู้สูงอายุนั้นโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีผลกระทบอย่างมากต่อชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพ⁽¹⁴⁾ ข้อมูลจากการศึกษาต่าง ๆ พบว่าโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงต่อการเสื่อมลงของสุขภาพและการเกิดทุพพลภาพ อีกทั้งเป็นการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง หรือการฆ่าตัวตาย ถ้าผู้สูงอายุรายใดที่อยู่ในภาวะซึมเศร้านาน ๆ โดยไม่ได้รับการรักษา จะกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ และยังเป็นประตูลูกศรภัยอื่น ๆ เช่น โรคสมองเสื่อมและโรคจิตแทรกซ้อนในผู้สูงอายุได้อีกด้วย รวมทั้งส่งผลต่อการเสื่อมลงของความคิดความจำและความสามารถทางสังคม ซึ่งทั้งหมดนี้จะนำไปสู่ความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มขึ้นของการเสียชีวิตในที่สุด⁽¹⁵⁾

จากการได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่าวัยสูงอายุเป็นวันที่ต้องพบเจอกับการเปลี่ยนแปลงมากมาย ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในผู้สูงอายุ ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคือประสบการณ์ในอดีตและการใช้การป้องกันทางจิตในรูปแบบที่ไม่เหมาะสม ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีงานวิจัยใดที่ทำการศึกษารื่องภาวะซึมเศร้า รูปแบบการป้องกันทางจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ ทางผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับหัวข้อดังกล่าว เพื่อนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และพัฒนาโปรแกรมในการบำบัดการใช้การป้องกันทางจิตในรูปแบบที่ไม่เหมาะสม ที่อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ โดยเริ่มจากการศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 7

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 เป็นอย่างไร
2. รูปแบบการป้องกันทางจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 เป็นอย่างไร
3. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และรูปแบบการป้องกันทางจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7
2. เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันทางจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและรูปแบบการป้องกันทางจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7

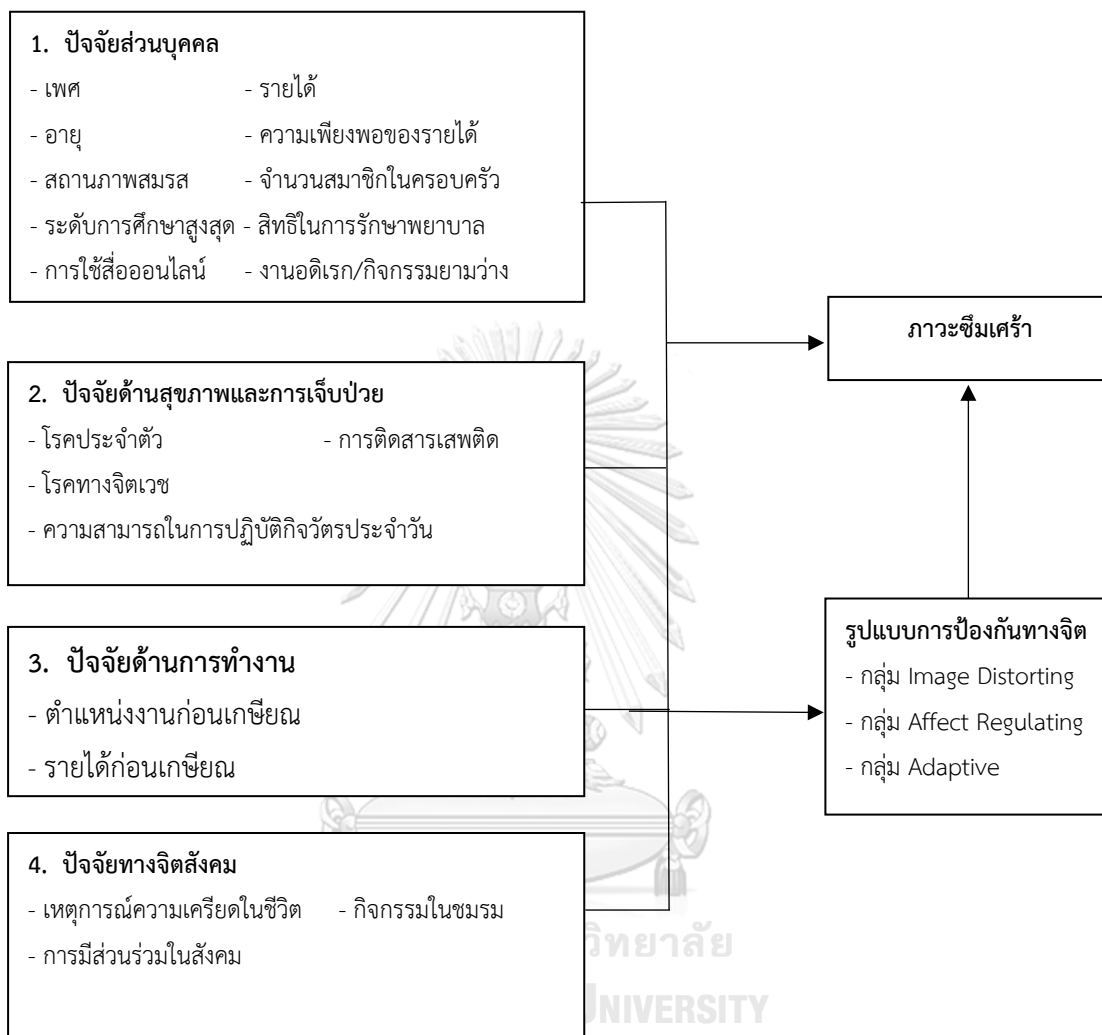
สมมติฐานการวิจัย

ไม่มี

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)



ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Design) โดยเป้าหมายเพื่อหาภาวะซึมเศร้า รูปแบบการป้องกันทางจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 เท่านั้น ผลการศึกษาที่ได้อาจบอกเพียงผลการศึกษาในผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 เท่านั้น

คำสำคัญ

ผู้สูงอายุ (Elderly)

ภาวะซึมเศร้า (Depression)

รูปแบบการป้องกันทางจิต (Defense Style)

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพจิต กล่าวคือเป็นภาวะจิตใจที่ผิดปกติที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า มีความรู้สึกผิด ต่ำหนีดตนเอง ไม่มี ความสุข ภาวะซึมเศร้าหากมีระดับรุนแรงขึ้นและไม่ได้รับการดูแลรักษา จะส่งผลให้บุคคลนั้นเป็นโรค ซึมเศร้าได้มากที่สุด ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวช เป็นความผิดปกติของจิตใจ หากบุคคลที่มีภาวะ ซึมเศร้ารุนแรงหรือเป็นโรคซึมเศร้านี้ไม่ได้รับการดูแลรักษาอาจส่งผลเสียต่อการดำรงชีวิต และ นำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด⁽¹⁶⁾ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ประเมินภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS-30) ระหว่าง 13-18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าเล็กน้อย คะแนน 19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าปานกลาง และคะแนนระหว่าง 25-30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้ามารุนแรง⁽¹⁷⁾

รูปแบบการป้องกันทางจิต (Defense Style) หมายถึง รูปแบบในการใช้กลไกป้องกันทางจิต ซึ่งกลไกดังกล่าวเป็นกระบวนการอัตโนมัติที่เกิดขึ้นในระดับจิตไร้สำนึก⁽⁵⁾ เกิดขึ้นเมื่อ Ego จัดการ

หรือหลีกเลี่ยงกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความกดดัน ความขัดแย้งใจ และความคับข้องใจ เพื่อปฏิเสธ ปิดบัง อำพางความเป็นจริง เพื่อให้ตนเองสบายใจและใช้ชีวิตอย่างมีความสุข⁽⁶⁾ โดยรูปแบบการป้องกันทางจิตมีทั้งหมด 30 รูปแบบ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1. กลุ่ม Image Distorting Defenses มีรูปแบบการป้องกันทางจิต 10 รูปแบบ 2. กลุ่ม Affect Regulating Defenses มีรูปแบบการป้องกันทางจิต 11 รูปแบบ และ 3. กลุ่ม Adaptive Defenses มีรูปแบบการป้องกันทางจิต 9 รูปแบบ ในการศึกษาคั้งนี้ใช้แบบประเมินรูปแบบการป้องกันทางจิต (The Defense Style Questionnaire-60 : DSQ-60) ของ Thygesen KL⁽⁷⁾ ทำการแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย พิชญานา นาวีระ และคณะ⁽¹⁸⁾ โดยประเมินคะแนนว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้การป้องกันทางจิตกลุ่มไหนมากที่สุด จากค่าเฉลี่ยของรูปแบบการป้องกันทางจิตในกลุ่มนั้น ๆ และประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้การป้องกันทางจิตรูปแบบไหนมากที่สุด จากค่าเฉลี่ยของข้อคำถามทั้ง 2 ข้อในรูปแบบนั้น ๆ⁽¹⁸⁾

การมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม เช่น การเข้าร่วมชมรม การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การพบปะเพื่อนฝูง รวมไปถึงการติดตามข่าวสารบ้านเมือง ในการศึกษาสามารถประเมินโดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้นโดยเพ็ญศรี หลินศุวรรณท์ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เพื่อให้ครอบคลุมการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมภายในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ การทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม การเป็นสมาชิกขององค์กรต่าง ๆ การเข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็น การไปร่วมในงานสังคม การไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เป็นการประเมินเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้น ๆ เพื่อตรวจสอบว่าเหตุการณ์ด้านใดบ้างที่ส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียดในการดำเนินชีวิต เช่น ความเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพ ความเป็นอยู่ของบุคคลในครอบครัว สภาพทางการเงินภายในครอบครัว อาชีพการทำงานของตนเองและคู่สมรส และความปลอดภัยของใช้ชีวิต เป็นต้น การวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอาศัยแนวความคิดของ Holmes และ Rahe ในการศึกษาประเมินโดยใช้แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปี (1 Year Life Event Question) ฉบับภาษาไทยซึ่งพัฒนาโดยสมจิตร์ นครพานิช⁽¹⁹⁾ เพื่อให้การประเมินมีบริบทสอดคล้องกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมไทย วัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตทั้งหมด 5 ด้าน จากข้อคำถามทั้งหมด 43

ข้อ ภายในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ประกอบด้วย ด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ ด้านการงาน และด้านสังคม

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการประเมินสถานะทางศักยภาพการทำงานของผู้สูงอายุ เนื่องจากอายุที่มากขึ้นอาจส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำเป็นประจำอย่างอิสระในชุมชนลดลง ในการศึกษานี้ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีจุฬา เอดีแอล (Chula ADL Index) ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาขึ้นโดย ศาสตราจารย์สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ตามแนวทางของ Instrument Activities of Daily Living Scale ของ Lawton และ Brody ในปีค.ศ. 1969 เพื่อให้เหมาะสมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำต่อเนืองสำหรับประชากรสูงอายุไทย สำหรับการประเมินฉบับภาษาไทยประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ เพื่อวัดความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุในด้านการเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหารหรือหุงข้าว การทำความสะอาดบ้านหรือซักผ้า การทอนเงินหรือแลกเงิน และการใช้บริการสาธารณะ เพื่อจำแนกผู้สูงอายุตามศักยภาพในการปฏิบัติกิจวัตรในแต่ละวัน ประกอบด้วย การมีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ

ผู้สูงอายุ (Elderly) หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 จำนวน 129 คน

2. ตัวแปรในการศึกษา

ตัวแปรต้น ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการงาน และปัจจัยทางจิตสังคม

ตัวแปรตาม คือ รูปแบบการป้องกันทางจิต และภาวะซึมเศร้า

3. ขอบเขตระยะเวลาในการศึกษา

การศึกษานี้เริ่มทำการเก็บข้อมูลหลังได้รับอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์จากทางสาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากนั้นจึงเริ่มเก็บ

ข้อมูลการวิจัยจากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 จำนวน 129 คน โดยเข้าไปเก็บข้อมูลทั้งหมดสองรอบในวันประชุมประจำเดือน โดยครั้งแรกเก็บข้อมูลทั้งหมด 3 ส่วน ในวันศุกร์ที่ 27 พฤศจิกายน 2563 และครั้งที่ 2 เก็บข้อมูลทั้งหมด 3 ส่วน ในวันศุกร์ที่ 25 ธันวาคม 2563 โดยให้ผู้รับเข้าร่วมการวิจัย เข้าร่วมที่หอประชุมประจำศูนย์บริการสาธารณสุข 7 โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนั่งโต๊ะเดี่ยวและแบ่งโต๊ะแยกห่างจากกัน เมื่อได้รับแบบสอบถามตอบกลับจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัยต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. สามารถนำข้อมูลไปใช้เพื่อเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. สามารถนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รวมทั้งพัฒนาโปรแกรมบำบัดการใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้า รูปแบบการป้องกันทางจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 โดยผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและสรุปสาระสำคัญนำเสนอแยกตามหัวข้อ ดังนี้

ภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การป้องกันทางจิต

ความหมายของกลไกป้องกันทางจิต

กลไกป้องกันทางจิต

รูปแบบการป้องกันทางจิต

รูปแบบการป้องกันทางจิตของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้สูงอายุ

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันทางจิต

ชมรมผู้สูงอายุ

ความเป็นมาและความสำคัญของชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุในประเทศไทยและเขตกรุงเทพมหานคร

ภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck⁽²⁰⁾ กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นกระบวนการภายในจิตใจเมื่อมีสถานการณ์เกิดขึ้นจะเกิดความคิดอัตโนมัติทางด้านลบต่อตนเอง ต่ออนาคตและต่อโลก ซึ่งจะเกิดจากพื้นฐานความเชื่อ แบ่งได้เป็นความรู้สึกขาดความช่วยเหลือ รู้สึกขาดคุณสมบัติ และรู้สึกหมดหวัง ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้น เช่น อยากหลีกหนี รู้สึกช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เกิดอารมณ์ซึมเศร้า เพิ่มความต้องการพึ่งพิง และอยากทำร้ายตนเอง

Bowlby⁽²¹⁾ กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการตอบสนองต่อการสูญเสียในความเป็นจริงหรือการสูญเสียในจินตภาพ (Real Of Fantasy) โดยเฉพาะการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือสิ่งของที่เป็นของรัก ซึ่งการสูญเสียนั้นก่อให้เกิดความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกันระหว่างความรู้สึกรักและความรู้สึกโกรธ แต่ไม่สามารถแสดงความรู้สึกออกมาได้ เนื่องจากกลัวว่าจะถูกปฏิเสธจึงหันความโกรธนั้นเข้าหาตัวเอง (Anger Turn Inward) บุคคลจึงเลือกใช้การป้องกันทางจิตแบบโทษตัวเอง (Introjections) ทำให้เกิดความรู้สึกผิดและรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า

ตฤณิลา จำปาวัลย์⁽¹⁶⁾ กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนในทุกช่วงวัย ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่ผิดปกติที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า มีความรู้สึกผิดตำหนิตนเอง และไม่มีความสุข หากมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงขึ้นและไม่ได้รับการดูแลรักษา จะส่งผลให้บุคคลนั้นเป็นโรคซึมเศร้าได้มากที่สุด ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวช เป็นความผิดปกติของจิตใจ หากบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงหรือเป็นโรคซึมเศร้าแล้วไม่ได้รับการดูแลรักษาอาจส่งผลเสียต่อการดำรงชีวิต และนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ⁽²²⁾ กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่จิตใจแสดงถึงความผิดปกติทางอารมณ์ เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นได้กับทุกคน ทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแสดงอารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง มองโลกในแง่ลบ ขาดสมาธิ ขาดความเคารพต่อตนเอง ไม่พึงพอใจกับกิจกรรมที่แต่ก่อนเคยทำแล้วพึงพอใจ รูปแบบการทานอาหารเปลี่ยนแปลงไป โดยอาการดังกล่าวเกิดขึ้นได้เกือบทั้งวันติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ร่วมกับอาการเบื่อหน่าย หมดความสนใจหรือมีภาวะสิ้นยินดี ในบางรายที่รุนแรงเรื้อรังนานเป็นปีอาจพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าได้ หาก

ไม่ได้รับการรักษาอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ อาจมีสาเหตุมาจาก ความผิดปกติทางพันธุกรรม ความผิดปกติของชีวเคมีในสมอง ปัญหาทางจิตใจ และปัญหาจากสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย

ภาวะซึมเศร้าถูกกำหนดโดยกลุ่มของพฤติกรรมและอาการที่แสดงออกมาทั้งทางจิตและทางกาย ส่งผลต่อการทำงานของบุคคลในหลายส่วน เกณฑ์การประเมินโรคซึมเศร้าจึงพิจารณาจากการเผชิญกับอารมณ์หดหู่อย่างต่อเนื่องหรือสูญเสียความสนใจหรือความสุขในสิ่งต่าง ๆ มักเกิดอาการอย่างน้อย 4 ประการ ต่อไปนี้ นอนหลับไม่สนิท รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิด อยากอาหารหรือน้ำหนักเปลี่ยนแปลง มีปัญหาเรื่องสมาธิ พลังงานลดลง จิตบกพร่องหรือกระสับกระส่าย และคิดฆ่าตัวตาย⁽²³⁾

การประเมินอารมณ์เศร้า ภาวะซึมเศร้า สามารถประเมินได้โดยการใช้แบบวัดหรือแบบสอบถามที่มีมาตรฐานด้านคุณภาพทางด้านความเที่ยง (Reliability) และความตรง (Validity) ในกรณีที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงอาจต้องรับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าสามารถทำได้โดยการสัมภาษณ์และการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการฝึกอบรมตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM) หรือบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (International Classification of Disease: ICD) ฉบับที่เป็นปัจจุบัน ระหว่างการประเมิน สอบถามนั้น ผู้เชี่ยวชาญยังสามารถสังเกตอาการที่อาจไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยที่อาจเป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดโรคได้ จึงมีความสำคัญและจำเป็นที่ต้องตรวจสอบร่วมด้วย⁽²³⁾

จากคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตฉบับล่าสุด หรือ DSM-5 ระบุว่า กลุ่มโรคซึมเศร้ามีลักษณะสำคัญ คือ อารมณ์เศร้า รู้สึกว่างเปล่า หรือหงุดหงิด ร่วมกับมีอาการทางกาย หรือการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด (Cognition) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน⁽⁵⁾ โดยโรคสำคัญในกลุ่มนี้ ประกอบด้วย

1. Disruptive Mood Dysregulation Disorder
2. Major Depressive Disorder
3. Persistent Depressive Disorder (Dysthymia)
4. Premenstrual Dysphoric Disorder

ด้านข้อมูลทางสถิติจากศูนย์โรคซึมเศร้าไทย กรมสุขภาพจิต ระบุว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึง 1.5 ล้านคน โดยผู้ป่วยจำนวน 100 คน สามารถเข้าถึงการรักษาเพียง 28 คน ส่งผลให้คนไทยกว่าร้อยละ 70 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผู้ที่เข้าเกณฑ์เป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มักเริ่มมี

อาการเด่นชัดในช่วงอายุ 25 ปี หลังจากนั้นอาจเกิดเป็นโรคเรื้อรังทางจิตใจในระยะยาว ดังนั้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าควรเข้ารับการรักษาและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด⁽²⁴⁾

โดยสรุป ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิต เมื่อจิตใจอยู่ในสภาวะที่ผิดปกติโดยแสดงออกได้ผ่านทางความผิดปกติทางอารมณ์ ทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแสดงอาการเบื่อหน่าย ท้อแท้ เหนง เศร้า สิ้นหวัง หดหู่ ในกรณีเรื้อรัง ยาวนาน และรุนแรง ไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ดังนั้น ผู้ที่มีแนวโน้มเผชิญกับภาวะซึมเศร้าควรได้รับการประเมินอาการอย่างถูกต้อง เพื่อวางแผนการรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญต่อไป

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

วัยชราหรือผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีอายุประมาณ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยแห่งการเสื่อมลงของการทำงานทั้งทางร่างกายและจิตใจสังคม ศักยภาพในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำได้ช้าลง ไม่กระฉับกระเฉงเหมือนช่วงวัยก่อนหน้า⁽²⁵⁾ ปรากฏดังนี้

พัฒนาการทางร่างกาย

เนื่องมาจากความทรุดโทรม ถดถอย ทางสุขภาพร่างกายมากกว่าการเสริมสร้างเซลล์ต่าง ๆ ทางร่างกาย (Somatic Cell) หรือเซลล์ประสาท (Nerve Cell) เริ่มเสื่อมคุณภาพ สภาพร่างกายที่อ่อนแอลายเป็นข้อจำกัดในการปรับตัวต่อกิจกรรมและสภาพแวดล้อมมากขึ้น ทำให้ทางด้านร่างกายผู้สูงอายุเจ็บป่วยได้ง่าย ด้านความเสื่อมทางสมองแสดงออกให้เห็นผ่านทางการคิดที่เริ่มช้าลง ความสามารถในการใช้เหตุผลลดลง ความจำเสื่อม หลงลืม ด้านประสาทสัมผัสต่าง ๆ เริ่มใช้การได้ไม่ดี โดยการเสื่อมทางด้านการมองเห็นจะปรากฏก่อนการเสื่อมทางการได้ยิน ความเสื่อมดังกล่าวยังส่งผลถึงรูปลักษณ์และบุคลิกภาพของผู้สูงอายุด้วย

พัฒนาการทางอารมณ์ จิตใจและสังคม

ผู้สูงอายุอยู่ในช่วงวัยที่ต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงไปของร่างกาย เนื่องจากความเสื่อมทางร่างกายกระทบต่อการทำงาน อาชีพ บุคลิกภาพ ลักษณะอารมณ์ ตลอดจนความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและสังคมรอบข้าง ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องหยุดการประกอบอาชีพ เป็นผู้ที่มีเวลามากขึ้น ประกอบกับลูกหลานเริ่มเติบโตเป็นหนุ่มสาวและออกไปสร้างครอบครัวใหม่ เผชิญกับการสูญเสีย พลัดพรากของคู่ชีวิต ญาติสนิท เพื่อนฝูง เกิดเป็นความเหงา ว้าเหว่ หดหู่ ขาดที่พึ่งพิง รู้สึกไร้ค่า กลัวการถูกทอดทิ้ง วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความตาย มองโลกในแง่ร้าย ทำให้ผู้สูงอายุที่

มีอาการซึมเศร้าแสดงออกด้วยความหงุดหงิด ระวัง โกรธง่าย เอาแต่ใจ ทะเลาะกับลูกหลานบ่อย ๆ บ้างก็แยกตัวลำพัง ในบางรายอาจปฏิเสธหรือไม่ยอมรับความจริง ทำร้ายตนเอง พฤติกรรมและอาการเหล่านี้สัมพันธ์กับความเสื่อมของร่างกาย สมองและระดับฮอร์โมนในร่างกายที่ไม่สมดุล เหมือนเดิม⁽²⁶⁾

สอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการทางจิต-สังคมของอีริก อีริกสัน (Erik Erikson's Psychosocial Development Theory) ซึ่งตลอดชีวิตของบุคคลจะเกี่ยวข้องกับพัฒนาการทั้งหมด 8 ขั้น เกิดสืบเนื่องกันตลอดเวลา ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีพัฒนาการที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ แรงขับพื้นฐานภายในร่างกาย อิทธิพลของวัฒนธรรม และความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยแบ่งพัฒนาการของบุคลิกภาพออกเป็น 8 ระยะเวลาตลอดช่วงอายุของบุคคล โดยแต่ละระยะมีลักษณะเฉพาะของวิกฤตและผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ 2 ด้าน ดังนี้ (1) ไร้ความไว้วางใจหรือไม่ไว้วางใจผู้อื่น (2) ความเป็นอิสระหรือสงสัยไม่แน่ใจ (3) ความคิดริเริ่มหรือความรู้สึกล้ม (4) ความขยันหมั่นเพียรหรือความรู้สึกล้มปด (5) การรู้จักตนเองหรือความสับสนไม่เข้าใจตนเอง (6) ความใกล้ชิดสนิทสนมหรือความรู้สึกอ้างว้าง เปล่าเปลี่ยว (7) ความสนใจบำรุงผู้อื่นหรือการใส่ใจหมกมุ่นแต่เรื่องของตนเอง และ (8) ความมั่นคงสมบูรณ์หรือความสิ้นหวัง หดอาลัย โดยความขัดแย้งหรือวิกฤตในแต่ละขั้นเกิดขึ้นเนื่องจากปัจจัยทางสังคมและวุฒิภาวะ ทำให้เกิดความต้องการใหม่ขึ้นในแต่ละบุคคล และความขัดแย้งในแต่ละครั้งจะต้องได้รับการแก้ไขก่อนที่บุคคลจะเตรียมพร้อมที่จะดำเนินไปสู่ขั้นถัดไปของพัฒนาการตามทฤษฎี วิกฤตสำคัญอาจเกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นที่จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ หลังจากนั้นได้ทั้งหมด⁽²⁷⁾

พัฒนาการเกี่ยวข้องกับความตึงเครียดเกี่ยวกับการค้นหาความสมดุลระหว่างสองขั้ว บุคคลอาจถูกดึงเข้าไปหาทั้งสองขั้วในแต่ละช่วงเวลา เพื่อให้ได้บุคคลได้รับรู้ถึงความสำเร็จในการแก้ไขวิกฤตหรือความขัดแย้งในขั้นนั้น ๆ โดยในการศึกษานี้เกี่ยวข้องกับพัฒนาการขั้นที่ 8 ความมั่นคงสมบูรณ์หรือความสิ้นหวัง (Integrity vs. Despair) เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ หัวใจของพัฒนาการขั้นนี้ คือการนึกไตร่ตรอง มองย้อนกลับไปในช่วงชีวิตที่ผ่านมาของตน ว่าตนนั้นได้ทำในสิ่งที่ถูกต้อง เหมาะสม มีชีวิตที่ดีแล้วหรือไม่ หรือตนนั้นพบเจอแต่ความผิดหวัง เสียใจ ไม่ได้หยิบฉวยโอกาสที่เข้ามาและลงมือทำสิ่งที่ควรจะทำหรือไม่ ความคิดดังกล่าวกลายเป็นจุดตึงเครียดของพัฒนาการในขั้นสุดท้ายนี้ ซึ่งต่างไปจากพัฒนาการทั้ง 7 ขั้นก่อนหน้านั้น เนื่องจากพัฒนาการขั้นสุดท้ายเกี่ยวข้องกับการประเมิน การเห็นถึงผลลัพธ์ มากกว่าการกระทำ⁽²⁸⁾

การให้ความหมายและการอธิบายถึงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีดังนี้

นริสา วงศ์พนารักษ์⁽⁴⁾ วยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมไปในทางเสื่อม ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายจากปัญหาด้านร่างกายเพราะความเสื่อม ทำให้มีความสุขสบาย ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุ ประกอบกับบทบาททางสังคมลดลง และอยู่ในภาวะพึ่งพิงลูกหลาน

ศาสตราจารย์ พญ.ณัททัย วงศ์ปการันย์⁽¹⁵⁾ ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือพิการซึ่งประสบกับความยากลำบากในการเข้ารับบริการสาธารณสุข บุคคลกลุ่มนี้จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไป ภาวะซึมเศร้านั้นมีโอกาสพัฒนาไปเป็น “โรคซึมเศร้า” ได้ในอนาคต นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงไปสู่การทำร้ายตนเอง ซึ่งผู้ดูแลจะต้องตระหนักถึงภาวะอันตรายดังกล่าว การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ถ้าเป็นไม่มากนักอาจเข้าข่าย “ภาวะซึมเศร้า” แต่หากมีอาการมากและกินระยะเวลานานก็สามารถพัฒนากลายเป็น “โรคซึมเศร้า” ซึ่งจะทำให้ไม่มีความสุขในชีวิต ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ไม่เต็มเหมือนเดิม และบางรายที่รู้สึกท้อแท้หรือหมดหวัง อาจส่งผลรุนแรงถึงขั้นไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป

ศาสตราจารย์ นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ ประธานในการพัฒนาแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) และคณะ⁽¹⁷⁾ กล่าวถึงความเศร้าในผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับพัฒนาขั้นสุดท้ายของ Erikson หากผู้สูงอายุท่านใดสามารถผ่านช่วงชีวิตก่อนหน้านี้ได้ดีปรับตัวได้ ก็จะเป็นผู้ที่มีความสุข พึงพอใจกับชีวิต ณ ช่วงวัยนี้ของตน ในทางกลับกัน ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวในช่วงวัยนี้ จะเผชิญกับความรู้สึกที่หมดหวัง ท้อแท้ หดหู่ มองเหตุการณ์ในชีวิตที่ผ่านมามีความเศร้าหมอง มองไม่เห็นคุณค่าในตนเอง รวมถึงวิตกกังวลต่อเรื่องความตายที่อาจเกิดขึ้นกับตน โดยความเศร้าในวัยนี้มาจากความเสื่อม 2 ประการ ได้แก่ ความเสื่อมโทรมทางร่างกาย เช่น ปัญหาทางการฟัง การได้ยิน การเคลื่อนไหว และความเสื่อมถอยทางสังคมทำให้ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุกับผู้คนรอบข้างลดลง ทำให้โรคซึมเศร้ากลายเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้ในผู้สูงอายุ

อาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ผู้เชี่ยวชาญและนักวิจัยกล่าวถึงอาการที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนี้ ผู้สูงอายุจะรู้สึกเบื่อหน่ายหรือเศร้าหรือทั้งสองอย่าง โดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการกิน การนอน

ไร้เรี่ยวแรง ขาดสมาธิ ความจำบกพร่อง รวมทั้งทำร้ายตัวเอง อาการของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ รู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึกเศร้า หม่นหมอง ไม่มีความสุข รู้สึกท้อถอย ความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น รู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิด รู้สึกแยกกับตนเอง คิดว่าตนเป็นภาระของลูกหลาน (ศาสตราจารย์ พญ.ณัททัย วงศ์ปการันย์^(15, 17)) ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ได้ตระหนักว่าตนกำลังเผชิญกับภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าพบแพทย์จากสาเหตุของอาการเจ็บป่วยทางกายมากกว่าทางอารมณ์ อีกทั้งการวินิจฉัยทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากแพทย์คิดว่าอาการดังกล่าวเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุ เช่น อาการทางลบ (Negative Symptoms) ของภาวะสมองเสื่อม (Dementia) และความเฉื่อยชาของกลุ่มอาการของโรคเกี่ยวกับสมองส่วนหน้า สามารถทำให้สับสนกับภาวะซึมเศร้าได้ โดยผู้ป่วยสูงอายุมิแนวโน้มที่จะอธิบายเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางร่างกายมากกว่า และลดการแสดงภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกผิด ทำให้แพทย์ไม่สามารถตรวจพบภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน จึงมุ่งไปรักษาอาการของโรคทางกายที่ผู้ป่วยเข้ามารักษา อีกทั้งอาการที่แสดงออกในวัยสูงอายุอาจแตกต่างไปจากอาการของภาวะซึมเศร้าที่แสดงในวัยผู้ใหญ่^(17, 29, 30) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอาการของภาวะซึมเศร้าที่แสดงออกในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่	ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
มักรายงานอาการทางอารมณ์	มักรายงานอาการทางกายและปัญหาด้านการรู้คิด
รู้สึกสิ้นหวัง ไร้คุณค่า และรู้สึกว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือ	เฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น รู้สึกไม่ได้รับการช่วยเหลือ
มีทัศนคติทางลบต่อตนเอง	รู้สึกว่างเปล่า ขาดความสนใจ แยกตัวจากกิจกรรมสังคม
นอนไม่หลับ	นอนหลับมากผิดปกติ ตื่นเร็วกว่าปกติ
รับประทานอาหารมาก/น้อยกว่าปกติ	เบื่ออาหาร น้ำหนักลด
พูดถึงความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าการมีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย	ไม่พูดถึงการฆ่าตัวตาย แต่มีความพยายามและใช้วิธีการที่รุนแรงในการฆ่าตัวตาย

ประสพสุข ศรีแสนปาง⁽³⁰⁾ ได้สรุปปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ได้แก่ ด้านชีววิทยา ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านอื่น ๆ ดังนี้

1. ด้านชีววิทยา เช่น เคยมีประวัติการเกิดภาวะซึมเศร้ามาก่อน บุคคลในครอบครัวมีประวัติการเกิดภาวะซึมเศร้า
 2. ด้านร่างกาย เช่น มีปัญหาสุขภาพ โรคเรื้อรัง การใช้ยาหลายชนิด ความเสื่อมจากการสูงอายุ เนื่องมาจากการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ เช่น การมองเห็น การได้ยิน ความจำ และการรู้คิด
 3. ด้านจิตใจ เช่น ความเหงา ความเศร้าจากการสูญเสีย ความเครียด ภาวะรบกวนจิตใจ ปัญหาเศรษฐกิจ ความขัดแย้งในใจ เช่น ความโกรธ ความรู้สึกผิด ลักษณะบุคลิกภาพส่วนตัว เช่น เก็บกด มองโลกแง่ร้าย การถูกทำร้ายหรือถูกทอดทิ้ง
 4. ด้านสังคม เช่น ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม การแยกตัว การอยู่คนเดียว การสูญเสียหน้าที่การงาน การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่ การสูญเสียบทบาทที่สำคัญ สูญเสียความมีคุณค่าในสังคม
 5. เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงสำคัญในชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความเสื่อมจากความสูงอายุ ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ต้องการการพึ่งพา การเกษียณอายุ การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ปัญหาเศรษฐกิจ การเสียชีวิตของเพื่อน การพลัดพราก การสูญเสีย เศร้าโศก ทุกข์ใจ โดดเดี่ยว ความรบกวนที่เพิ่มขึ้น การเป็นหม้าย การย้ายที่อยู่ การปรับตัว ความรู้สึกมีคุณค่าลดลง และการเกิดเจตคติทางลบ
- ศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ตัญญู ก่อตั้งถึง ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุว่ามาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอก ขึ้นอยู่กับว่าปัจจัยใดส่งผลมากกว่ากัน อาจเรียกอาการดังกล่าวได้ว่า โรคซึมเศร้าที่เกิดจากรอยต่อระหว่างวัย⁽³¹⁾ ดังนี้

1. ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยเบญจเพส เนื่องมาจากความหุนหันพลันแล่น มีพลังกำลัง แรงผลักดันมาก มีความหวังสูง หากทำไม่ได้ดังหวังหรือผิดพลาดอาจทำให้ความผิดหวังกลายเป็นซึมเศร้าได้
2. ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในช่วงวัย 35 – 40 ปี เป็นแห่งการสร้างครอบครัว คล้ายกับการเกิดเบญจเพสรอบที่ 2 บุคคลจะเปรียบเทียบกับผู้อื่นในสิ่งที่ตนมีหรือขาด เรียกว่า Midlife Crisis
3. ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นวัยที่กำลังหมดไฟ หมดแรงพลัง ทำในสิ่งที่เคยทำแต่ก่อนได้ไม่ดี มีแต่ความเสื่อมถอยของสุขภาพ เกิดโรคประจำตัว หากไม่ได้

เตรียมใจในการก้าวข้ามผ่านไปได้ อาจเกิดเป็นวิกฤต ที่ยังผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในต่างประเทศ

Sözeri-Varma G⁽³²⁾ พบปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในช่วงวัยสูงอายุเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและจิตใจที่เกิดขึ้นตามวัย ได้แก่ ความชราภาพ เป็นเพศหญิง เป็นม่ายหรือโสด ระดับการศึกษาไม่สูง มีโรคทางกาย โรคเรื้อรัง ใช้ยาหลายชนิด มีสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจและสังคม มีการเปลี่ยนแปลงของสมองส่วน White Matter เป็นต้น ผู้สูงอายุบางรายทราบว่าตนมีภาวะซึมเศร้าและยอมรับว่าเป็นกระบวนการตามปกติของวัย แต่ในบางรายพยายามไม่แสดงออกว่าตนกำลังเผชิญอยู่กับภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวปกปิดและไม่ยอมบอกปัญหา อาการของตน หากผู้เชี่ยวชาญไม่ได้สอบถามอย่างชัดเจน

Djernes JK⁽³³⁾ ทำการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าความชุกของโรคซึมเศร้าของกลุ่มคนขาว (Caucasians) สูงอายุมีตั้งแต่ ร้อยละ 0.9 – 42 ปัจจัยทำนาย ได้แก่ เป็นเพศหญิง มีความเจ็บป่วยทางร่างกาย บกพร่องทางสติปัญญา บกพร่องในการทำงาน ขาดหรือสูญเสียการติดต่อทางสังคมกับบุคคลใกล้ชิด และเคยมีประวัติของภาวะซึมเศร้า

Dyer CB, Pavlik VN, Murphy KP, Hyman DJ⁽²⁹⁾ พบว่าทั้งภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมพบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งที่มักจะถูกส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลของรัฐ โดยร้อยละ 17 – 87 คือความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสมองเสื่อม อีกทั้งการถูกละเลยหรือถูกทารุณกรรมจะทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นด้วย

Souza RA และคณะ⁽³⁴⁾ ศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (Family Functioning) พบว่าร้อยละ 77.5 ของผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความผิดปกติในระดับหนึ่ง กล่าวคือการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า จากการศึกษานี้ยังคงพบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีอาการซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (1.87 เท่า) ผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกมากกว่า 4 คน มีโอกาสมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนร่วมกับสมาชิกที่น้อยกว่า 4 คน (2.26 เท่า) โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวได้ไม่สมบูรณ์มีแนวโน้มที่จะมีอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ครอบครัวมีครอบครัวปกติ (5.36 เท่า)

Alexopoulos GS⁽³⁵⁾ กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนี้ ปัจจัยจากการทำงานของร่างกาย เช่น การเปลี่ยนแปลงของต่อมไร้ท่อ ระบบภูมิคุ้มกัน การทำงานของ Frontostriatal pathways, Amygdala, และ Hippocampus ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ปัจจัยทางพันธุกรรมปัจจัยทางจิตใจสังคม ได้แก่ ความยากจนทางเศรษฐกิจ ความพิการ ความโดดเดี่ยว การย้ายถิ่นฐาน และการสูญเสีย มีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เพิ่มความไวหรือกระตุ้นต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงอยู่แล้ว พบว่าร้อยละ 1 – 4 ของประชากรผู้สูงอายุโดยทั่วไปมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง คิดเป็นอุบัติการณ์ร้อยละ 0.15 ต่อปี โดยเพศหญิงยังคงได้รับผลกระทบมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า อีกทั้งช่วงอายุระหว่าง 70 – 85 ปี จะเผชิญกับภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 2 เท่า

ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในต่างประเทศที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่า เพศหญิง มีความเจ็บป่วยทางร่างกายและ/หรือเรื้อรัง ใช้ยารักษาโรคหลายชนิด การศึกษาอยู่ในระดับไม่สูง มีสถานะทางเศรษฐกิจสังคมระดับยากจน มีภาวะสมองเสื่อม สมาชิกครอบครัวภายในครัวเรือน ปฏิบัติหน้าที่ไม่เหมาะสม ถูกทะเลาะให้โดดเดี่ยว ถูกทำร้าย เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงให้การเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายของผู้สูงอายุที่มีอยู่แล้วยังมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น

การศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในประเทศไทย

Yoelao D, Thammapitak P, Prasertsin U⁽³⁶⁾ ศึกษาสาเหตุและผลกระทบของโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ 5 จังหวัด ที่เลือกมาจากแต่ละภาคของประเทศไทย เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง 450 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และแบบสอบถาม โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งมีความสุขเชิงอัตวิสัย (Subjective Well-Being) ในระดับสูง ทั้ง 2 โรค ต่างก็ส่งผลต่อความสุขเชิงอัตวิสัยของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่การเห็นคุณค่าในตนเองก็จะมีคามพึงพอใจในชีวิตสูงด้วย อีกทั้งบุคลิกภาพยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลกับทั้งภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุด้วย ผลการศึกษาในอีก 2 ปีถัดมาของ Wongpakaran T และคณะ⁽³⁷⁾ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากสังคมหลายมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) กับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตติยภูมิ 4 แห่งในประเทศไทย ที่มีอาการเข้าเกณฑ์ ดังนี้ อารมณ์แปรปรวน รู้สึกเบื่อ ปัญหาการนอนหลับ ปัญหาการกิน ความเหนื่อย

ล้า ปัญหาความจำหรืออาการทางร่างกายที่ไม่สามารถอธิบายได้ จำนวน 803 คน อายุเฉลี่ย 69.24 ปี พบผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 17.2

สำหรับจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากการจัดทำของสำนักพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าในปี 2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 3,335 คน ช่วงอายุ 0 – 12 ปี ร้อยละ 0.42 ช่วงอายุ 13 – 20 ปี ร้อยละ 9.27 ช่วงอายุ 21 – 59 ปี 58.71 และ อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 31.60⁽³⁸⁾ นั้นแสดงให้เห็นว่านอกจากช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่แล้ว วัยที่ต้องเผชิญกับโรคซึมเศร้า คือวัยสูงอายุ

การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุทางภาคเหนือของประเทศไทย⁽³⁹⁾ ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุใน 2 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ ประเมินจากแบบประเมินโรคซึมเศร้าชนิดตอบด้วยตนเอง Personal Health Questionnaire-9 (PHQ-9) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 5.87 เป็นโรคซึมเศร้า โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า ได้แก่ สถานะสมรสหย่าหรือแยกกันอยู่ การดื่มสุราเป็นประจำ การทำใจไม่ได้ ต่อการสูญเสียคนใกล้ชิด ฟังพอใจในสุขภาพระดับต่ำ นอนไม่หลับ และรายได้ที่ไม่เพียงพอ ต่อมา วิชารณณ์ คันทะมุล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์⁽⁴⁰⁾ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน (จังหวัดพะเยา แพร่ และน่าน) เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 52.3 โดยพบความเสี่ยงในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อีกทั้งการศึกษาระดับประถมศึกษา ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีอิทธิพลทางบวกต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

การศึกษากับกลุ่มผู้สูงอายุทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย⁽⁴¹⁾ เก็บข้อมูลด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์และแบบประเมินโรคซึมเศร้า (PHQ-9) จากผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมืองหนองบัวลำภู พบความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22.80 ซึ่งเพศ การออกกำลังกาย การมีโรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ส่วนการศึกษาของ ชัยวัฒน์ อินไชยา โสภิติน และพัชรินทร์ นินทจันทร์⁽⁴²⁾ ด้วยการใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) จากผู้สูงอายุใน 4 อำเภอของจังหวัดนครพนม พบว่า ร้อยละ 10.6 มีภาวะซึมเศร้า โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว และความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน การศึกษาของ วิจิตร แผ่นทอง และคณะ⁽⁴³⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดบึงกาฬ ประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (PHQ-9) พบว่าส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุไม่มี

อาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการอยู่ในระดับน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 19.51 โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า ได้แก่ สถานะสมรสหย่าหรือแยกกันอยู่ การดื่มสุราเป็นประจำ การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียคนใกล้ชิด ความพอใจในสุขภาพในระดับต่ำ การนอนไม่หลับ และความไม่เพียงพอของรายได้ และการศึกษาของ สุหทัย โตสังวาลย์⁽⁴⁴⁾ วัตถุประสงค์ของงานวิจัยที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดนครราชสีมา ด้วยแบบวัด TGDS ฉบับย่อ 15 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 32.9 มีภาวะซึมเศร้า และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับดี อีกทั้งภาพรวมของคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า

การศึกษากับกลุ่มผู้สูงอายุทางภาคใต้ของประเทศไทย การศึกษาของ อัญชลี พงศ์เกษตร และคณะ⁽⁴⁵⁾ เก็บข้อมูลด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) จากผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา พบว่าร้อยละ 22.5 มีภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ศาสนา การมีบุคคลที่สามารถพูดคุยเมื่อเกิดความกังวล และรายได้ของครอบครัว ปัจจัยสัมพันธ์ทางลบ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถด้านร่างกาย และพฤติกรรมสุขภาพ ในทางกลับกันปัจจัยสัมพันธ์ทางบวก ได้แก่ อายุ และปัญหาที่สำคัญต่อผู้สูงอายุ และการศึกษาของ จุติรัตน์ ช่างทอง และเกษรชัย และหิมี⁽⁴⁶⁾ ศึกษากับผู้สูงอายุจาก 6 อำเภอ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (PHQ-9) ระบุว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ การรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ และการไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร

การศึกษากับกลุ่มผู้สูงอายุในภาคกลางและเขตกรุงเทพมหานคร ในปี 2543 ของ เพ็ญศรี หลินศุวนนท์⁽⁴⁷⁾ จากผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) พบว่าร้อยละ 22 ของกลุ่มตัวอย่างมีความซึมเศร้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้ สำหรับอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความซึมเศร้า แต่ทว่ารายได้ต่อเดือน สัมพันธ์ในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความซึมเศร้า ต่อมาในปี 2545 Thongtang O และคณะ⁽⁴⁸⁾ ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุจาก 35 ชุมชน ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลศิริราช ประเมินด้วยแบบวัด TGDS พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.78 โดยที่ร้อยละ 8.23 มีภาวะซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว ขณะที่ร้อยละ 4.55 มีทั้งความผิดปกติทางการรู้คิดและภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สถานะทางการเงิน ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี และความเจ็บป่วยทางกาย ต่อมา

ในปี 2550 ชลธิชา บุญศิริ⁽⁴⁹⁾ ใช้แบบวัด TGDS กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิหยาบาล พบว่ามีเพียงผู้สูงอายุร้อยละ 5 ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมไม่สม่ำเสมอมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่เข้าร่วมสม่ำเสมอ และผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และ โสภิต แสงอ่อน, พรเพ็ญ สำเนา และ พรทิพย์ มาสาธรรม⁽⁵⁰⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาทด้วยแบบวัด TGDS ร้อยละ 37.5 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ร้อยละ 96.6 มีปัญหาสุขภาพอย่างน้อย 1 ปัญหา ที่พบ คือโรคข้อ ปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น การนอนไม่หลับ และความดันโลหิตสูง อีกทั้งจำนวนปัญหาสุขภาพและความว่าเหวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า แต่ทว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

ธรรมาถ เจริญสุข และคณะ⁽⁵¹⁾ พบว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จาก 15 แห่งในกรุงเทพมหานคร เมื่อประเมินด้วยแบบวัด TGDS พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7.7 โดยเพศหญิงมีความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายประมาณ 2 เท่า อีกทั้งพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 7.7 เช่นเดียวกับกับ Kosulwit L⁽⁵²⁾ ศึกษาเกี่ยวกับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตรองเมืองของกรุงเทพมหานคร เมื่อประเมินด้วยแบบวัด TGDS พบว่ามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5.7 มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 12.9 และมีความเครียด ร้อยละ 15.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ คุณภาพชีวิต ในส่วนของความสัมพันธ์ทางสังคมจะดีในกลุ่มของผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง หรือการมีการศึกษาที่ดีกว่า การมาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมเป็นประจำหรือไม่บ่อยนักไม่สัมพันธ์กับสภาพจิตใจและคุณภาพชีวิต สุพรรณิ ใจดี⁽⁵³⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าจากผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร จากศูนย์บริการสาธารณสุข ทั้งหมด 6 เขต ด้วยแบบวัด TGDS พบว่า ร้อยละ 5.95 มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย มีพอ ๆ กับกลุ่มภาวะซึมเศร้ารุนแรง คือ 11 และ 10 คน ตามลำดับ และยังพบความชุกของการเกิดภาวะเปราะบาง ร้อยละ 32.14 ซึ่งภาวะซึมเศร้าและการเกิดภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กัน กฤติเดช มิ่งไม้ และคณะ⁽⁵⁴⁾ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลศิริราช เมื่อประเมินด้วยแบบวัด TGDS มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 24.8 และ สุธิกาญจน์ ไชยลาภ⁽⁵⁵⁾ ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร จากพื้นที่กรุงเทพมหานคร 6 โซน โซนละ 4 เขต ด้วยการสัมภาษณ์และใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q-9Q-8Q) พบว่ามีกลุ่ม

เสียงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า (จากแบบวัด 2Q) ร้อยละ 26.9 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยกลุ่มตัวอย่างที่เสียงได้รับการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบวัด 9Q พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเสียงดังกล่าวไม่มีอาการซึมเศร้า มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย ปานกลาง และรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 47.8, 39.8, 7.1 และ 5.3 ตามลำดับ โดยมีอาการดังต่อไปนี้เกิดขึ้นเป็นบางวัน ปัจจัยเสียงที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ภาวะสุขภาพ สภาพการทำงาน สภาพการใช้ชีวิต และการมีผู้ดูแลหลัก

ศึกษากับผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร ของ ธัญพร พรหมจันทร์⁽⁵⁶⁾ โดยใช้แบบวัด TGDS พบว่ากว่าร้อยละ 57.3 มีภาวะซึมเศร้า ด้านความว่าเหวและการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะว่าเหวที่สูง และการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การไม่ได้รับการศึกษา การไม่มีญาติมาเยี่ยม ความพึงพอใจต่อที่พักในระดับต่ำถึงปานกลาง และมีภาวะความว่าเหวสูง

นัฐศรา ดำรงค์พิวัฒน์ และคณะ⁽⁵⁷⁾ ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ณ หมู่บ้านประชานิเวศน์ จำนวน 252 คน ในปีพ.ศ. 2560 พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายुर้อยละ 8.3 โดยระดับเศร้าเล็กน้อยพบมากที่สุด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับการศึกษาสูงสุดต่ำกว่าปริญญาตรี การมีรายได้ไม่เพียงพอ และคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

มุจรินทร์ พุทธเมตตา⁽⁵⁸⁾ ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง ในปี 2557-2558 จากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 176 ราย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 65.9 ระดับปานกลางร้อยละ 30.7 และระดับรุนแรงร้อยละ 3.4 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .435, p = .000$) ดังนั้นหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมากขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น สำหรับความสามารถในการรู้คิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่และความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าใน

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (rpb=-.181, p<.05, r=-.318, p<.01, r=-.320, p<.01, r=-.331, p<.01, r=-.362, p<.01 และ rpb=-.179, p<.05 ตามลำดับ)

นิรัชรา ศศิธร⁽⁵⁹⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 15.4 (37 คน) ปัจจัยทางจิตสังคมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูง การสนับสนุนทางสังคมต่ำ และการมีส่วนร่วมในชุมชนต่ำ

อรกนก สังข์พระกร⁽⁶⁰⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพนักงานเกษียณอายุการไฟฟ้านครหลวง ที่คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวง จำนวน 115 คน พบความชุกของภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 35.6 ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศชาย มีอายุมากกว่า 66 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษาสูงสุดชั้นมัธยม รายได้ปัจจุบันน้อยกว่าเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ปัจจัยด้านการทำงานที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ตำแหน่งงานก่อนเกษียณอายุระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับซี 6 ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง (OR =3.62) และการมีส่วนร่วมในสังคมระดับต่ำ (OR = 7.25)

อรสา ไยยอง⁽⁶¹⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 คน พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.2 ปัจจัยทางบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ มีอายุ 75 ปีขึ้นไป (p<0.01) สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/หรือแยกกันอยู่ (p<0.01) ไม่มีรายได้หรือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (p<0.01) ฐานะการเงินครอบครัวไม่เพียงพอ (p<0.01) ปัจจัยทางร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ประวัติโรคทางจิต (p<0.01) ปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความสัมพันธ์และหน้าที่ครอบครัวที่ไม่ดี (p<0.01) อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น หลานอันเป็นที่รักเสียชีวิต โดยเป็นการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดมาก่อน (p<0.05)

สุชาติ แซ่ลิ้ม⁽⁶²⁾ การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดระนองพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดระนองเท่ากับร้อยละ 21.6 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมี

นัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ปัจจัยทางร่างกายและจิตใจกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพกับครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001

จากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น สรุปได้ว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 8.3 – 35.6 โดยมีความแตกต่างตามกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคือ 1.ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษาสูงสุด โรคประจำตัว และ เหตุการณ์ความเครียดในอดีต 2. ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพกับครอบครัว และการมีส่วนร่วมในสังคม และจะเห็นได้ว่าแบบวัดที่ได้รับการนิยมนำมาใช้ในการวิจัยกับผู้สูงอายุไทย คือ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (TGDS) ฉบับ 30 ข้อ ของ ศาสตราจารย์ นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ

การป้องกันทางจิต

ความหมายของกลไกป้องกันทางจิต

Freud⁽⁶³⁾ กล่าวว่า กลไกป้องกันทางจิตหมายถึง ภาวะที่ต้องการหลีกเลี่ยง บิดเบือน หรือลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เป็นการหลุดพ้นจากสภาพความเป็นจริงที่เขายอมรับไม่ได้ในขณะนั้นชั่วคราว คุณสมบัติสำคัญของกลไกป้องกันทางจิตตามแนวทางของ Freud ดังนี้ มาจากจิตใต้สำนึก เป็นกลไกเชิงพลวัต (Dynamic) ย้อนกลับได้ (Reversible) และสามารถปรับเปลี่ยนได้ เป็นวิธีการบรรเทาผลกระทบจากความวิตกกังวลของความไม่สอดคล้องกันทางอารมณ์และการรู้คิด ซึ่งกลไกในแต่ละรูปแบบจะไม่ต่อเนื่องกัน อีกทั้งรูปแบบของการป้องกันทางจิตยังมีส่วนต่อกลุ่มอาการทางจิตเวชด้วย⁽⁶⁴⁾

Cramer P⁽⁶⁵⁾ กล่าวถึงกลไกป้องกันทางจิต (Defense Mechanism) คือ การทำงานของจิตที่เกิดขึ้นนอกเหนือการรู้ตัว เป็นไปเพื่อปกป้องบุคคลจากการเผชิญกับความวิตกกังวลที่มากเกินไป ยิ่งไปกว่านั้น คือการปกป้องตนเองและเห็นคุณค่าในตนเอง

เบญจวรรณ บุญยะประพันธ์⁽⁶⁾ กล่าวว่า กลไกป้องกันทางจิต หมายถึงกลไกที่ใช้เพื่อการป้องกันตนเองของบุคคล เป็นความพยายามในการจัดการหรือหลีกเลี่ยงกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความกดดัน ความขัดแย้งใจ และความคับข้องใจ โดยมีเป้าหมายเพื่อต้องการหลุดพ้น

จากสภาพความทุกข์ชั่วคราว ซึ่งจะช่วยยืดเวลาในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต หรือเป็นการปฏิเสธ ปิดบัง และอำพางความเป็นจริง เพื่อให้ตนเองสบายใจและใช้ชีวิตอย่างมีความสุขมากยิ่งขึ้น โดยใน ภาษาต้นแบบเรียกว่า Defense Mechanism แต่ในภาษาไทยมีความแตกต่างกันออกไป เช่น กลไก ทางจิต กลวิธีในการป้องกันตนเอง กลไกป้องกันตนเอง หรือกลไกป้องกันทางจิต

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนชัย⁽⁵⁾ กล่าวว่า กลไกป้องกันทางจิตว่าเป็น กระบวนการที่เกิดขึ้นในระดับจิตไร้สำนึก เป็นกระบวนการอัตโนมัติ ซึ่งเกิดขึ้นโดยบุคคลไม่ได้ ตระหนักรู้ โดยกลไกทางจิตมีหน้าที่ช่วยกำจัดความวิตกกังวลให้หมดไปหรือลดน้อยลง ไม่ได้ทำหน้าที่ ช่วยแก้ไขปัญหาคือบุคคลเผชิญ บุคคลที่มีการใช้กลไกป้องกันทางจิตรูปแบบเดิม ๆ อยู่เสมอและใช้ กลไกป้องกันทางจิตในรูปแบบที่จำกัดอยู่เพียงไม่กี่ชนิด ไม่ยืดหยุ่นปรับตามสถานการณ์หรือไม่ เหมาะกับสถานการณ์บ่อย ๆ จะก่อให้เกิดปัญหาทางจิตได้

นพ. ธิติพันธ์ ธาณินทร์⁽⁶⁾ กล่าวว่า กลไกป้องกันทางจิตเป็นกระบวนการที่ Ego ใช้ในการ จัดการความขัดแย้งในจิตใจในระดับจิตใต้สำนึก เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติเมื่อบุคคลนั้นต้องเผชิญกับปัญหา หรือความขัดแย้งที่เข้ามาเป็นสิ่งกระตุ้น โดยกลไกทั้งหมดเป็นหน้าที่การทำงานของ Ego

โดยสรุปแล้ว กลไกป้องกันทางจิต (Defense Mechanism) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นใน ระดับจิตใต้สำนึก โดยที่บุคคลอาจไม่รู้ตัว เพื่อปกป้องบุคคลที่กำลังเผชิญกับปัญหา ความตึงเครียด ความวิตกกังวล จากสถานการณ์ที่ยังรับมือไม่ได้ ด้วยการเลือกกลไกทางป้องกันทางจิตบางรูปแบบ ออกมาใช้ บ้างเป็นรูปแบบที่สังคมยอมรับ บ้างเป็นรูปแบบที่สังคมไม่ยอมรับ หากใช้รูปแบบที่ไม่ เหมาะสม เดิม ๆ เป็นระยะเวลานาน อาจส่งผลเสียต่อบุคลิกภาพเกิดเป็นอาการทางจิตได้ สำหรับคำ แปลในภาษาไทย ได้แก่ กลไกป้องกันทางจิต กลวิธีป้องกันตนเอง กลไกป้องกันตนเอง แต่ใน การศึกษานี้จะขอเรียกว่า การป้องกันทางจิต

กลไกป้องกันทางจิต

ตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Sigmund Freud (1856–1939) มีแนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับ พัฒนาการและปัญหาทางจิตใจของบุคคล ดังนั้น การทราบถึงแนวคิดดังกล่าวจะช่วยให้เข้าใจ ปรากฏการณ์ต่าง ๆ ของจิตใต้สำนึกได้อย่างดี โดยทฤษฎีพื้นฐานจิตใจของบุคคลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามการรับรู้ ประกอบด้วย จิตสำนึก (Conscious) จิตกึ่งสำนึก (Preconscious) และจิตไร้สำนึก (Unconscious)

Freud แบ่งกระบวนการคิดออกเป็น 2 ลักษณะ

1. Primary Process เป็นกระบวนการคิดในระดับจิตไร้สำนึก ที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล ไม่คำนึงถึงเวลา สถานที่ กาลเทศะ หากต้องการสิ่งใดก็จะต้องได้รับการตอบสนองทันทีจึงจะพอใจ โดยไม่คำนึงผลที่ตามมา (Pleasure Principle) ตัวอย่างที่เห็นชัดเจน ได้แก่ การฝัน เนื่องจากสิ่งที่ตนปรารถนาต้องการสามารถกระทำได้

2. Secondary Process เป็นกระบวนการคิดที่คุ้นเคยและใช้กันในระดับจิตสำนึกและจิตก่อนสำนึก เป็นกระบวนการคิดที่ยึดเหตุผล มองสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริง (Reality Principle) บางสิ่ง เพราะการใช้ชีวิตแท้จริงแล้วมีทั้งที่สมหวังและผิดหวัง

อีกทั้ง Freud ยังแบ่งโครงสร้างของจิตใจตามหน้าที่เป็น 3 ส่วน ทำให้เห็นว่าตามแนวคิดนี้ โครงสร้างของบุคลิกภาพของบุคคลทำหน้าที่ร่วมกันของพลังทั้ง 3 ส่วน ประกอบด้วยพลังค้นหา พลังเหตุผล และพลังจริยธรรม ส่งผลให้แต่ละบุคคลมีบุคลิกภาพและการแสดงออกที่แตกต่างกัน ดังนี้

Id (พลังค้นหา) เป็นแหล่งของสัญชาตญาณ ไม่สามารถทนต่อภาวะตึงเครียดได้ จึงทำหน้าที่ในการลดความตึงเครียดโดยทันทีทันใดเพื่อทำให้อินทรีย์กลับสู่สภาวะสมดุล โดยพลังค้นหาจะถูกควบคุมจากหลักแห่งความพึงพอใจ (Pleasure Principle) จากจิตไร้สำนึก ที่ไร้เหตุผล ไร้ศีลธรรม ซึ่งถูกผลักดันให้สนองความต้องการตามสัญชาตญาณ มีเป้าหมายเพื่อลดความตึงเครียด หลีกเลียงความเจ็บปวด และได้รับความพึงพอใจ

Ego (พลังเหตุผล) คอยบริหารจัดการ ควบคุมและตั้งกฎเกณฑ์ เป็นตัวกลางประนีประนอมระหว่างสัญชาตญาณและสิ่งแวดล้อมภายนอก ได้รับการควบคุมจากหลักแห่งความเป็นจริง และตรวจสอบ เพื่อให้เกิดการตอบสนองตามต้องการให้เกิดความพึงพอใจ ใช้ความคิด มีเหตุมีผล และสร้างแผนของการกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการให้เกิดความพึงพอใจ เนื่องจาก Id จะทราบเพียงความเป็นจริงในจิตใจ แต่ Ego จะแยกจินตภาพในใจและสิ่งต่าง ๆ ในโลกความจริงภายนอก

Super Ego (พลังจริยธรรม) ทำหน้าที่ตัดสินสิ่งต่าง ๆ ในโลกภายนอก รวมไปถึงข้อกำหนดทางศีลธรรมของแต่ละบุคคล เป็นการแสดงออกที่ดีหรือไม่ดี ถูกหรือผิด รวมถึงเป็นตัวแทนทางอุดมคติมากกว่าการมุ่งตามความเป็นจริง ซึ่งเป็นอุดมคติทางสังคมที่ถูกได้รับการถ่ายทอดมาจากพ่อแม่หรือจากสถาบันทางสังคมต่าง ๆ โดยจะทำหน้าที่ยับยั้งแรงกระตุ้นของ Id และคอยโน้มน้าวให้ Ego ทดแทนเป้าหมายในเชิงจริยธรรม สำหรับพลังแห่งจริยธรรมนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือพลังอุดมคติ

(Ego Ideal) เป็นพลังที่หนุนให้บุคคลทำความดีเพื่อส่วนรวม และมโนธรรม (Conscience) เป็นพลังเหนี่ยวรั้งไม่ให้บุคคลทำความชั่ว

โดยพลังทั้ง 3 นี้ มักจะเกิดความขัดแย้งกันส่งผลให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล พลังที่ไม่สามารถตอบสนองได้จะถูกเก็บกดไว้ในจิตไร้สำนึก ในบางกรณีอาจปรากฏออกมาในรูปของ การพูดพลั้งปาก การฝัน การใช้กลไกป้องกันทางจิต (Defense Mechanisms) ในระดับรุนแรงอาจแสดงออกเป็นอาการทางจิตประสาทได้ Freud กล่าวถึง พลังทั้ง 3 ส่วนนี้จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพในการแสดงออกทางบุคลิกภาพที่ต่างกัน โดยบุคคลที่มีพลังเหตุผลเด่นชัดมักไม่ค่อยมีปัญหาบุคลิกภาพ เนื่องจากพฤติกรรมที่แสดงออกมาเป็นไปในรูปแบบที่สังคมยอมรับ จึงไม่มีปัญหาในการปรับตัว สำหรับบุคคลที่มีการใช้พลังค้นหาเด่นชัดมักจะสามารถสร้างบุคลิกภาพที่มีปัญหาขึ้น เกิดความขัดแย้งภายใน เนื่องจากพฤติกรรมที่แสดงออกไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม

พลังแรงผลักดันต่าง ๆ ภายในจิตใจ และจากสิ่งแวดล้อมจะมีปฏิสัมพันธ์กันโดยไม่หยุดนิ่ง (Dynamic) โดยแรงผลักดันจาก Id จะถูกต่อต้านด้วย Ego เมื่อใดที่ความต้องการจาก Id ขึ้นสู่จิตสำนึกหรือแสดงออกโดยตรงอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลได้ รวมถึงการเข้ามามีบทบาทร่วมของ Superego แรงผลักดันที่มีลักษณะตรงกันข้ามจะก่อให้เกิดความขัดแย้ง (Conflict) เป็นความขัดแย้งของโครงสร้างต่าง ๆ ภายในจิตใจ หรือความขัดแย้งระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยต้นเหตุของความขัดแย้งมีจุดเริ่มต้นมาจากความขัดแย้งระหว่าง Id กับ Ego ทั้งสิ้น (Neurotic Conflict) ความขัดแย้งดังกล่าวทำให้จิตใจอยู่ในสภาวะเสียสมดุล (Disequilibrium) เมื่อแรงผลักดันจาก Id มีแนวโน้มจะขึ้นมาสู่จิตสำนึก จึงเกิดสัญญาณเตือนไปยัง Ego ในลักษณะของความรู้สึกวิตกกังวล (Signal Anxiety) ส่งผลให้ Ego เลือกใช้กลไกป้องกันทางจิตเข้ามาจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าว

กลไกป้องกันทางจิตที่มักถูกเลือกใช้เป็นอันดับแรก ได้แก่ การเก็บกด (Repression) ในกรณีที่จะสำเร็จจะทำให้แรงผลักดันจาก Id ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ดังกล่าวถูกผลักกลับไปอยู่ในจิตไร้สำนึกตามเดิม ทำให้จิตใจกลับสู่สภาวะสมดุลอีกครั้ง ในทางกลับกัน หากการเก็บกดไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์ได้เนื่องจากแรงผลักดันจาก Id หรือแรงผลักดันจากภายนอกที่เข้ามาเสริมแรง ทำให้ Ego อ่อนกำลัง ทำให้ Ego เลือกใช้กลไกป้องกันทางจิตรูปแบบอื่น ๆ เข้าช่วย (Auxiliary Defense) เช่น Reaction Formation หรือ Projection ผลลัพธ์อยู่ในลักษณะการ

ประนีประนอม (Compromise Formation) ยินยอมให้แรงผลักดันจาก Id ขึ้นมาสู่จิตสำนึกบางส่วน ในขณะเดียวกันก็ยังคงแสดงถึงแรงต่อต้านจาก Ego ในรูปแบบของกลไกทางจิตที่เข้ามาช่วย^(6, 25, 67)

พื้นฐานของการป้องกันทางจิต

นักจิตวิทยาแบ่งกลไกการจัดการกับปัญหาในชีวิตของบุคคลในแต่ละวัน ออกเป็น 2 ระดับ⁽²⁵⁾

ดังนี้

1. การจัดการกับปัญหาโดยตรง (Direct Coping) เป็นกระบวนการปรับตัวที่เกิดขึ้นโดยที่บุคคลนั้นรู้ตัว เมื่อสัมผัสได้ถึงสิ่งที่คุกคามหรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้น ส่งผลให้บุคคลพยายามแสวงหาวิธีจัดการกับสิ่งคุกคามด้วยวิธีการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการเผชิญกับปัญหาโดยตรงเพื่อเอาชนะ หรือนิ่งเฉยยอมแพ้ เลี่ยงจากสถานการณ์นั้น โดยการจัดการปัญหาโดยตรงแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ
 - 1.1 การสู้เพื่อขจัดอุปสรรคปัญหาเพื่อให้ตนเกิดความพึงพอใจ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ
 - (1) การสู้แบบสร้างสรรค์ เป็นการสู้เพื่อให้ผลลัพธ์เป็นไปอย่างที่ตนต้องการโดยไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้อื่น และ (2) การสู้แบบทำลาย เป็นการระบายอารมณ์หรือการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อบุคคล สิ่งของ ที่เป็นหรือไม่ได้เป็นต้นตอของปัญหา ในบางกรณีอาจทำร้ายตนเอง
 - 1.2 การถอนตัวออกไปหรือการนิ่งเฉย การเผชิญกับความคับข้องใจด้วยการใช้วิธีการเงียบ เพิกเฉย ไม่สนใจ และถอนตัวออกไป เพื่อหลบหนีออกสถานการณ์นั้น ๆ
2. การจัดการกับปัญหาทางอ้อม (Indirect Coping) เป็นกระบวนการปรับตัวที่เกิดขึ้นโดยที่บุคคลนั้นไม่รู้ตัว เมื่อเกิดความคับข้องใจและไม่สามารถเผชิญกับปัญหานั้น ๆ ได้โดยตรง บุคคลจึงเลือกใช้วิธีการหลอกตนเอง โดยเลือกใช้กลไกป้องกันทางจิตเพื่อหนีหลีกเลี่ยงจากความคับข้องใจที่เกิดขึ้น เพื่อรักษาศักดิ์ศรี ระวังความกังวลให้ตนรู้สึกปลอดภัย สบายใจ สำหรับรูปแบบการป้องกันทางจิตมีอยู่หลายรูปแบบ บางรูปแบบใช้แล้วก่อให้เกิดผลทางบวก เป็นที่ยอมรับทางสังคม แต่ทว่าในบางรูปแบบใช้แล้วให้ผลในทางตรงกันข้ามที่สังคมไม่ยอมรับ หากเลือกมาใช้บ่อยครั้ง ใช้เป็นเวลานาน ก่อให้เกิดบุคลิกภาพที่ผิดปกติ ท้ายที่สุดอาจกลายเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเกิดอาการทางจิตประสาทได้

ส่วนผลดีของการใช้การป้องกันทางจิต คือสร้างความสบายใจ ลดความตึงเครียดหรือความคับข้องใจทางจิต อีกทั้งช่วยให้บุคคลชะลอความทุกข์ความกดดัน วิตกกังวลจากสถานการณ์ออกไปก่อน หรือชั่วคราว โดยที่ระหว่างนั้นก็พยายามหาโอกาสเพื่อแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม

รูปแบบการป้องกันทางจิต

Anna Freud⁽⁶⁸⁾ จัดกลุ่มรูปแบบการป้องกันทางจิตเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. การป้องกันทางจิตแบบมีวุฒิภาวะ (Mature Defenses) เป็นรูปแบบการป้องกันทางจิตของบุคคลที่สามารถเผชิญความเครียดและการปรับตัวได้อย่างปกติ สร้างสรรค์และมีความสุข

2. การป้องกันทางจิตแบบโรคประสาท (Neurotic Defenses) เป็นรูปแบบการป้องกันทางจิตที่พบได้ในผู้ป่วยโรคประสาทวิตกกังวลและในผู้ใหญ่ที่อยู่ภายใต้ความตึงเครียด

3. การป้องกันทางจิตแบบไม่มีวุฒิภาวะ (Immature Defenses) เป็นรูปแบบการป้องกันทางจิตที่มักพบในเด็ก วัยรุ่น และกลุ่มผู้ป่วยโรคจิต

Thygesen KL⁽⁷⁾ ได้ทำแบ่งกลุ่มรูปแบบการป้องกันทางจิตออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ โดยมีทั้งหมด 30 รูปแบบตามที่ DSM-IV ระบุไว้ ได้แก่

1. กลุ่ม Image Distorting Defenses เป็นกลุ่มรูปแบบการป้องกันทางจิตที่ไม่เหมาะสมกับวุฒิภาวะ หากมีการใช้บ่อยอาจทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมไม่สมควร และปัญหาในการปรับตัว เช่น หลีกเลี่ยงปัญหา ไม่รับรู้ความคิด มองเหตุการณ์ในอดีตไม่ตรงกับความจริง รูปแบบการป้องกันทางจิตในกลุ่มนี้ช่วยลดภาวะวิตกกังวลลงได้ชั่วคราว มีทั้งหมด 10 รูปแบบ

2. กลุ่ม Affect Regulating Defenses เป็นกลุ่มรูปแบบการป้องกันทางจิตที่ไม่เหมาะสมกับวุฒิภาวะ เป็นกลไกที่ทำให้ บุคคลเพิกเฉย เก็บกดอารมณ์ไว้ มีทั้งหมด 11 รูปแบบ

3. กลุ่ม Adaptive Defenses เป็นกลุ่มรูปแบบการป้องกันทางจิตที่เหมาะสมกับวุฒิภาวะ ช่วยลดความวิตกกังวล ได้ดีที่สุดในำไปสู่การรับมือและแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ มีทั้งหมด 9 รูปแบบ

จากแนวคิดการจัดกลุ่มรูปแบบการป้องกันทางจิตข้างต้น สามารถนำมาสรุปเปรียบเทียบการจัดกลุ่มรูปแบบการป้องกันทางจิตดัง ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การจัดกลุ่มเปรียบเทียบรูปแบบการป้องกันทางจิต

Anna Freud	Thygesen K L	Anna Freud	Thygesen K L	Anna Freud	Thygesen K L
Immature Defenses	Image Distorting Defenses	Neurotic Defenses	Affect Regulating Defenses	Mature Defenses	Adaptive Defenses
1. Displacement 2. Undoing 3. Acting- Out 4. Passives- Aggression 5. Help-rejecting complaining 6. Projective identification 7. Splitting Self 8. Splitting Other 9. Projection 10. Idealization		1. Isolation 2. Dissociation 3. Affiliation 4. Intellectualization 5. Suppression 6. Fantasy 7. Devaluation Other 8. Devaluation Self 9. Denial 10. Withdrawal 11. Repression		1. Rationalization 2. Humor 3. Anticipation 4. Self-Assertion 5. Omnipotence 6. Sublimation 7. Altruism 8. Self-Observation 9. Reaction Formation	

การให้ความหมายของกลไกทางจิตแต่ละรูปแบบตามแนวทางของ Thygesen และคณะ โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มหลัก ๆ 3 กลุ่ม^(6, 10) ดังนี้

1. กลุ่ม Immature Defenses และ Image Distorting Defenses

Acting-Out หมายถึง การแสดงพฤติกรรมออกมาในเชิงสนองความพึงพอใจของบุคคล ความรู้สึกของบุคคลจะถูกย้ายที่จากสิ่งหนึ่งไปยังสิ่งหนึ่งอื่น เนื่องจากบุคคลบางคนมีแนวโน้มที่จะ

ปลดปล่อย แสดงออกด้วยการกระทำมากกว่าการพูดสภาวะภายในของตน และไม่คำนึงถึงผลเสียของมัน เช่น อุทาน สบถด้วยคำหยาบคาย ทำหน้ามู๋ เบะปาก หรือประชดใส่ผู้อื่น เป็นต้น

Displacement หมายถึง การเปลี่ยนหรือการย้ายอารมณ์ความรู้สึกหรือการตอบสนองที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจต่อบุคคลหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งไปยังบุคคลหรือสิ่งอื่นซึ่งคุกคามน้อยกว่าแทนเป็นไปเพื่อลดความวิตกกังวล ลดอารมณ์ ด้วยการเปลี่ยนเป้าหมายเป็นบุคคล สิ่งของหรือสถานการณ์ที่ไม่สามารถแสดงออกต่อเป้าหมายที่แท้จริงได้โดยตรงหรือทันที

Help-rejecting complaining หมายถึง การพ้อบ่นหรือขอความช่วยเหลือซ้ำ ๆ โดยที่บุคคลจะบิดเบือนความรู้สึกที่แท้จริง แสดงการต่อต้าน แสดงความไม่พอใจ หรือตำหนิผู้อื่น จากนั้นจึงปฏิเสธคำแนะนำหรือความช่วยเหลือที่ผู้อื่นเสนอให้

Idealization หมายถึง รูปแบบที่บุคคลใช้จัดการกับความขัดแย้งทางอารมณ์ หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งภายในหรือภายนอกโดยการอ้างคุณสมบัติที่ดั่งามเกี่ยวกับตนเองหรือผู้อื่นมากเกินไป โดยรูปแบบนี้มักพบได้ในโรคหลงตัวเอง (Narcissistic Disorders) และความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบก้ำกึ่ง (Borderline Personality Disorders)

Passives-Aggression หมายถึง การที่บุคคลจัดการกับความขัดแย้งทางอารมณ์หรือสิ่งทำให้เกิดความเครียดทั้งภายในและภายนอก โดยแสดงท่าทียอมผ่อนปรนเพื่อปิดบังความรู้สึกต่อต้าน ขุ่นเคือง ความโกรธ ความไม่พอใจ ความอาฆาต หรือไม่เป็นมิตรเอาไว้ในใจ ทำให้ดูจากภายนอกจะแสดงลักษณะของการยินยอมหรือการเชื่อฟัง แต่ภายในกลับมีความต้านทาน (Resistance) ในกรณีของผู้ป่วย เช่น พุดจากับผู้รักษาดี แต่มักจะมาพบแพทย์ตามที่นัดช้ากว่าเวลาที่นัดไว้ เป็นเวลานานอยู่บ่อย ๆ เป็นต้น

Projection หมายถึง การโยนความผิดให้ผู้อื่นหรือโทษผู้อื่นแทน ด้วยการตัดทอนความคิด ความรู้สึก แรงขับที่ไม่น่าพึงปรารถนาไปให้ผู้อื่น ป้องกันตนเองให้พ้นผิด หากใช้บ่อย ๆ อาจเป็นโรคหลงผิด (Delusional Disorder) เช่นเดียวกับ Denial เป็นรูปแบบที่มักพบในโรคจิต โรคประสาท และบุคลิกภาพแปรปรวน ก่อให้เกิดอาการหลงผิดและประสาทหลอน (Delusional Disorders และ Paranoid Schizophrenia) รูปแบบนี้มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการโทษตนเอง (Introjections) มีทั้งการสะท้อนกลับและรับเข้ามาไว้ในตนเองโดยกลไกการกำหนดรู้ภายใน (Internalization) ในระดับที่สูงกว่า Projection ดีความหมายแรงขับ เจตคติ ความรู้สึกหรือเจตนาอารมณ์ ของผู้อื่น ในเชิงลบ เป็นกลไกที่นิยมใช้กันมาก เกิดจากการที่บุคคลเกิดความผิดพลาดจากสิ่งที่ตนกระทำ และทำให้เกิด

ความรู้สึกผิด แต่เพื่อให้ความรู้สึกผิดนั้นลดน้อยลงจึงซัดทอดความผิดไปให้ผู้อื่นกลไกชนิดนี้หากใช้บ่อยอาจส่งผลเสียต่อสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้

Projective identification หมายถึง การโยนความผิดให้ผู้อื่นหรือโทษผู้อื่นแทน ต่างกับ projection เนื่องจากบุคคลยังคงตระหนักถึงความรู้สึกหรือรู้ถึงแรงกระตุ้น (Impulse) ของตน แต่กลับไม่ยอมรับเพื่อจะได้โยนความผิดนั้นให้กับผู้อื่น

Splitting Other หรือ Splitting Self หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถมองข้อดีหรือข้อเสียของตนเองหรือผู้อื่นในภาพรวมได้ เมื่อเกิดความรู้สึกทางบวก ความรู้สึกเชิงลบจะถูกขจัดออกไป จะมีการแบ่งอย่างสุดโต่งออกเป็นสองขั้วเท่านั้น เช่น ดีหมดและเลวหมด และไม่มีการยอมรับสัมพันธภาพแบบสองฝักสองฝ่าย (Ambivalent Relationship) ไม่สามารถคละความคิดความรู้สึกได้ ไม่สามารถรวมเอาส่วนที่ดีกับส่วนที่ไม่ดีไว้ในคน ๆ เดียวกันได้

Undoing หมายถึง การพยายามลบล้างแรงกระตุ้น แก่ใจหรือชดเชยความคิด ความรู้สึกที่ไม่ดีด้วยการกระทำที่มีความหมายในเรื่องนั้นแทน เป็นการกระทำที่ตรงข้ามกับแรงขับที่ไม่ดีเพื่อลบล้างสิ่งเหล่านั้น เสมือนการล้างบาป เป็นรูปแบบทางจิตที่สำคัญอย่างหนึ่งในโรคประสาทชนิดย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive Compulsive Disorder)

2. กลุ่ม Neurotic Defenses และ Affect Regulating Defenses

Affiliation หมายถึง การยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น อาจเป็นด้านความคิดเห็นหรือด้านวัตถุ โดยจะยังรับรู้ปัญหาและไม่ถึงกับให้ผู้อื่นมารับผิดชอบแทนทั้งหมด

Denial หมายถึง การปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง เพราะการรับรู้จะส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรงจนไม่สามารถยอมรับได้ สิ่งที่ถูกปฏิเสธอาจเป็นความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ความวิตกกังวล ความจำ หรือการรับรู้ที่กระทบกระเทือนใจอย่างรุนแรง การไม่ยอมรับเป็นไปเพื่อให้ตนยังสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในโลกที่น่ากลัวทางความรู้สึกนั้น เช่น การไม่ยอมรับเรื่องที่สะเทือนใจที่ตนยังรับไม่ไหว เพราะจะทำให้ตนโศกเศร้าเสียใจ จึงแสดงพฤติกรรมเสมือนว่าตนไม่ได้รับความกระทบกระเทือนจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น

Devaluation หมายถึง การประเมินคุณค่าของตนเองหรือผู้อื่นต่ำกว่าความเป็นจริงด้วยการจัดการกับความขัดแย้งทางอารมณ์ หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดทั้งภายนอกหรือภายในโดยการอ้างคุณสมบัติที่ไม่ดีเกี่ยวกับตนเอง หรือผู้อื่นมากจนเกินไป พบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรคความผิดปกติทาง

บุคลิกภาพแบบระแวง (Paranoid Personality Disorder) โรคหลงตัวเอง (Narcissistic Disorder) และภาวะบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง (Borderline Personality Disorder)

Devaluation Self มีความคล้ายคลึงกับ Devaluation แต่จะจำแนกเจาะจงว่าเป็นการลดคุณค่าของตนเอง เช่น มองว่าตนเองหน้าตาไม่ดี ไม่มั่นใจในภาพลักษณ์ของตน ทั้งที่ตนก็มีรูปร่างหน้าตาที่ดี

Devaluation Other คล้ายคลึงกับ Devaluation Self เพียงแต่เป็นการทำให้คุณค่าของผู้อื่นลดลง เช่น ดูหมิ่นน้องของตนว่าเรียนไม่เก่ง ทั้ง ๆ ที่ความจริงแล้วน้องก็ไม่ได้เรียนแย่ตามที่เธอคิด

Dissociation หมายถึง รูปแบบที่ทำให้บุคคลมีภาวะสติสัมปชัญญะ ความจำ ความคิด การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และการรับรู้สภาพแวดล้อมเสียไป อาจก่อให้เกิดบุคลิกภาพใหม่โดยที่บุคลิกใหม่ไม่ขึ้นกับบุคลิกภาพเดิม มักพบในผู้ป่วยโรคหลายบุคลิก (Dissociative Identity Disorder)

Fantasy หมายถึง ความเพ้อฝันซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลสร้างเรื่องขึ้นมาตามจินตนาการเพื่อตอบสนองความต้องการของตน โดยรูปแบบของการเพ้อฝัน (Fantasy) และฝันกลางวัน (Day Dream) มักเป็นตัวแทนของความต้องการหรือความปรารถนาที่ไม่ขึ้นอยู่กับหลักความเป็นจริง (Reality Principle) เป็นไปเพื่อสร้างความสุข ความพอใจ ความชื่นชม และลดความเครียดในชีวิต แต่ในบางครั้งการเพ้อฝันก็นำไปสู่กิจกรรมที่สร้างสรรค์ได้ อย่างไรก็ตามหากหมกมุ่นครุ่นคิดไปตามความเพ้อฝันจนเกินไปอาจกลายเป็นการสร้างวิมานในอากาศ หากใช้รูปแบบนี้บ่อยครั้งจะทำให้บุคคลไม่ยอมรับความจริง และเชื่ออย่างจริงจังจ้ว่านั่นคือความจริง ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต

Intellectualization หมายถึง การใช้ความคิดแบบนามธรรมหรือความคิดในเชิงปรัชญาเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ เลี่ยงการเผชิญกับความรู้สึกไม่สบายใจ มองทุกอย่างในแง่เหตุผล บุคคลอาจนึกคิดในแง่ของเหตุผลมากกว่าอารมณ์ โดยไม่ลงลึกถึงรายละเอียดของปัญหาหรือดูความเป็นจริง หากใช้มากเกินไปอาจกลายเป็นสิ่งปิดกั้นไม่ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ทางอารมณ์

Isolation หมายถึง การที่บุคคลมีบุคลิกภาพแบบแบ่งแยกตนเองออกจากสังคม หลบเลี่ยงหรือแบ่งส่วนประกอบทางอารมณ์ออกจากความคิด การแยกความรู้สึกออกจากเรื่องราวสำคัญเพื่อกดความรู้สึกหรือความคิดที่เข้ามารบกวนจิตใจ เพื่อหลีกเลี่ยงจากสภาพการณ์ หรือสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองไม่สบายใจ รู้สึกทรมาน จึงทำให้ดูเหมือนเป็นคนไร้อารมณ์

Repression หมายถึง การกดเก็บความรู้สึกไม่สบายใจหรือความรู้สึกผิดหวัง ความคับข้องใจไว้ในจิตไร้สำนึก จะลืมเฉพาะเรื่องที่มากระทบจิตใจ จนกระทั่งลืมเรื่องราวหรือเหตุการณ์นั้น ซึ่งเป็นการทำงานของจิตไร้สำนึกที่ทำให้บุคคลไม่รู้สึกตัว เช่น การถูกเพื่อนในห้องแกล้งอยู่บ่อย ๆ ซึ่งทำให้ตนรู้สึกอับอาย ดังนั้น การเก็บกดความรู้สึกไว้มาก ๆ จะส่งผลให้บุคคลมีความเครียดและวิตกกังวลใจ และอาจทำให้เป็นโรคประสาทหรือโรคจิตได้

Suppression หมายถึง การกดระงับ หลีกเลี้ยงที่จะคิดเกี่ยวกับปัญหา ความรู้สึก เพื่อจัดการกับความขัดแย้งหรือการรับรู้ที่รบกวนจิตใจ คล้ายกับการเก็บกดต่างกันที่การกดระงับเป็นการพยายามลืมที่เป็นกระบวนการของจิตสำนึกและเกิดขึ้นอย่างตั้งใจ พยายามไม่คิด จงใจข่มใจไม่นึกถึงความคิด

Withdrawal หมายถึง การถอยหนีเพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด หลีกหนีออกจากสถานการณ์ บุคคล และสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว เนื่องจากบุคคลไม่สามารถรับมือ แก้ไขหรือเผชิญหน้ากับปัญหานั้นได้ หากใช้รูปแบบนี้เป็นประจำอาจกลายเป็นคนไม่ชอบเข้าสังคม ไม่ชอบพูดคุย และไม่สามารถอยู่ในโลกของความเป็นจริงก่อให้เกิดอาการทางจิตได้

3. กลุ่ม Mature Defenses และ Adaptive Defenses

Altruism หมายถึง การทำตามความต้องการหรือความรู้สึกของผู้อื่น โดยที่ตนเองก็มีความพึงพอใจที่จะทำหรือได้รับน้ำใจหรือรางวัลเป็นสิ่งตอบแทน

Anticipation หมายถึง การคาดการณ์หรือการวางแผนล่วงหน้าอย่างมีเหตุผลถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นทั้งในปัจจุบันและในอนาคต เป็นกลไกทางจิตที่มีทิศทางไปสู่เป้าประสงค์ (Goal-Directed) ทำให้บุคคลแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาตามความเป็นจริง ด้วยการวางแผนอย่างรอบคอบถึงสิ่งที่ต้องเผชิญ รวมถึงผลลัพธ์ที่เลวร้ายที่อาจจะตามมา

Humor หมายถึง การแสดงอารมณ์ขันเพื่อกลบหรือบายเบี่ยงปัญหา การใช้อารมณ์ที่ตลกขบขันซึ่งมีความหมายไปในอารมณ์เชิงบวก เพื่อแสดงความรู้สึกนึกคิดออกมาโดยที่ตนก็ไม่ได้รู้สึกอึดอัดและเป็นผลดี เป็นที่พอใจต่อผู้อื่นด้วย บางครั้งความตลกขบขันก็ช่วยผ่อนคลายสถานการณ์ที่ตึงเครียด ให้บุคคลสามารถทนต่อสภาพที่น่าหวาดกลัวได้ดียิ่งขึ้น ไม่รู้สึกกังวลกับปัญหานั้น ๆ

Omnipotence หมายถึง รูปแบบที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกหรือการกระทำที่ราวกับว่าตนมีอำนาจหรือมีความสามารถพิเศษเหนือผู้อื่น ตัวอย่างเช่น ผู้เข้าแข่งขันกีฬาที่มีความมั่นใจในศักยภาพ

ความเก่งของตน เข้าแข่งขันโดยไม่มีความกดดันใดใด เพราะถึงอย่างไรตนก็สามารถเอาชนะคู่แข่งคนอื่นได้อยู่แล้ว

Rationalization หมายถึง การปกปิดการกระทำหรือความรู้สึกแท้จริงซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งด้วยการหาเหตุผล ข้อมูลที่ตนรู้สึกดีและเป็นที่ยอมรับของสังคม เพื่อสนับสนุนการกระทำของตนที่ทำลงไป เพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวล รักษาชื่อเสียงของตนไว้ไม่ให้รู้สึกเสียหน้าหรืออับอาย มาแทนเหตุผลที่แท้จริงของพฤติกรรมนั้นเพื่อให้ตนรู้สึกดี

การหาเหตุผลเข้าข้างตนเองมีจุดประสงค์สองประการ คือ (1) ช่วยลดความผิดหวังเมื่อบุคคลไม่สามารถไปถึงเป้าหมายที่ต้องการได้ มักเรียกการอ้างเหตุผลแบบนี้ว่า แบบองุ่นเปรี้ยว (Sour Grape) และ (2) เป็นเหตุผลในการรองรับพฤติกรรมของบุคคลโดยใช้วิธีการการอ้างเหตุผลที่ดี (Good Reason) แทนที่จะเป็นเหตุผลที่แท้จริง (True Reason) มักเรียกการอ้างเหตุผลแบบนี้ว่า แบบมะนาวหวาน (Sweet Lemon)

Reaction Formation หมายถึง การแสดงพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกในทางตรงกันข้ามโดยสิ้นเชิงกับแรงขับที่แท้จริงภายในจิตใจเพื่อทำให้ตัวเองรู้สึกสบายใจ อีกทั้งเพื่อคงความสัมพันธ์หรือสถานการณ์ที่ดีไว้ ป้องกันความรู้สึกผิด หรือการมีความคิดที่เป็นอันตราย เนื่องจากแรงขับหรือแรงผลักดันอาจไม่เป็นที่ยอมรับโดยตนเองหรือผู้อื่น ซึ่งการป้องกันทางจิตรูปแบบนี้พบได้บ่อยในโรคประสาทชนิดย้ำคิดย้ำทำ

Self-Assertion หมายถึง การให้ความมั่นใจกับตนเองว่าสถานการณ์นั้น ๆ ที่กำลังเผชิญอยู่ อาจไม่ได้เลวร้ายอย่างที่คิดและตนสามารถแก้ไขรับมือได้ โดยบุคคลจะแสดงความรู้สึกและความคิดต่อสถานการณ์อย่างตรงไปตรงมา

Self-Observation หมายถึง การสังเกตตนเองหรือสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ ทบทวนพิจารณาปัญหาอย่างละเอียดเพื่อหาทางแก้ไข และตอบสนองอย่างเหมาะสม

Sublimation หมายถึง การหาทางระบายแรงขับสัญชาตญาณหรือความต้องการที่อยู่ในส่วนลึกของจิตใจเปลี่ยนความรู้สึกที่ไม่ดีหรือไม่ ไปสู่กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่สร้างสรรค์และเป็นที่ยอมรับของสังคม การป้องกันทางจิตรูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพและทำให้บุคคลประสบความสำเร็จ มักพบในบุคคลที่มีวุฒิภาวะแล้ว

รูปแบบการป้องกันทางจิตของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้สูงอายุ

ตามที่ได้กล่าวไปก่อนหน้านี้เกี่ยวกับผู้สูงอายุว่าเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงมากมาย ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะในทิศทางที่เสื่อมโทรมลงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงผ่านทางโรคทางกายและทางอารมณ์ บ้างยอมรับและพยายามหาทางปรับตัว บ้างปฏิเสธไม่ยอมรับ ทำให้ผู้สูงอายุหลายท่านต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้าหรือขั้นรุนแรงอาจกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ ทว่าการตรวจรักษาทางการแพทย์ก็เป็นไปได้ยาก เนื่องจากมีกลไกป้องกันอัตโนมัติ (Ego) หรืออาการทางร่างกายที่สามารถอำพรางผลกระทบได้ ผู้สูงอายุหลายท่านไม่ทราบว่าตนเองกำลังเผชิญกับอาการซึมเศร้าจึงคิดว่าตนมีปัญหาทางสุขภาพ จึงเข้ารับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ด้วยความไม่สบายกาย ผู้สูงอายุอาจปิดความซึมเศร้าของตนเองด้วยกลไกที่หลากหลาย เนื่องจากไม่เต็มใจที่จะยอมรับการมีภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุเลือกใช้การป้องกันทางจิตในรูปแบบของการปฏิเสธและต่อต้าน หรือแสดงอาการซึมเศร้าผ่านอาการของโรคทางกาย (Hypochondriasis) รวมถึงการใช้ยาหลายชนิดเพื่อรักษาโรคในวัยสูงอายุ การทำงานของร่างกายที่ลดลง การสูญเสีย และความตายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้อาจเพิ่มโอกาสของภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุ⁽⁶⁹⁾

การสูญเสียสุขภาพด้านหน้าที่การทำงานของส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ความสามารถในการรู้คิด การจ้างงาน การเคลื่อนไหว และความเป็นอิสระ ล้วนเป็นการสูญเสียที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การถูกถอนแหล่งสนับสนุนทางสังคม อาจส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองลดลงและเพิ่มภาวะซึมเศร้าได้ ทำให้ความรู้สึกสิ้นหวังเข้าคุกคามผู้สูงอายุ ในการพยายามรับมือกับความรู้สึกสิ้นหวังดังกล่าวนี้ ทำให้ Ego อาจเลือกใช้รูปแบบการปรับตัวเพื่อพยายามลดความเจ็บปวดทางจิตใจ หรือเพิ่มแหล่งที่มาของความพึงพอใจ โดย Salzman C & Shader RI⁽⁶⁹⁾ กล่าวถึง การป้องกันทางจิตที่ผู้สูงอายุมักนิยมใช้ดังนี้

1. Denial เป็นรูปแบบที่พบได้ทั่วไปในผู้สูงอายุ ที่เห็น ได้ยิน แต่ปฏิเสธที่จะรับรู้สิ่งที่เห็น และสิ่งที่ได้ยิน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวในการรับมือในการรับรู้สถานะทางพยาธิสภาพทางร่างกายหรือจิตใจ การใช้ Denial ในแบบที่ไม่รุนแรงในวัยสูงอายุอาจทำให้บุคคลพอที่จะปรับตัวได้ แต่ว่าการใช้ Denial ที่ทำได้ไม่ดีอาจส่งผลให้ความเจ็บปวดทางร่างกายแย่ลง หรือล้มเหลวในการใช้รูปแบบป้องกันทางจิตเพื่อจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่มาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ Denial ที่รุนแรงอาจนำไปสู่

การจำกัดการทำงานของ Ego ดังนั้น สิ่งใดก็ตามที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือสร้างผลกระทบที่เจ็บปวด ผู้สูงอายุจะหลีกเลี่ยงและจำกัดการรับรู้ต่อสิ่งนั้น ๆ

2. Counterphobic Defense การป้องกันตนแบบต่อต้าน โดยพื้นฐานแล้วเป็นการสร้างการชดเชยที่มากเกินไป กลัวแล้วสู้ คุณล้ายกล้าหาญ หรือกล้าเผชิญหน้าเพื่อปกปิดความกลัวนั่นเอง โดยผู้สูงอายุใช้รูปแบบนี้เพื่อปฏิเสธกระบวนการชราภาพ การสูญเสีย โรคภัยไข้เจ็บ และความตายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ รูปแบบดังกล่าวอาจทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้เพื่อที่ตนจะได้หลีกเลี่ยงภาวะซึมเศร้า จึงแสดงออกมาให้เห็นผ่านการที่ผู้สูงอายุพยายามสร้างความมั่นใจให้กับตนเองจากความกลัวเรื่องความชราภาพและความตาย อาจเรียกได้ว่าเป็นผู้ที่ไม่ยอมชรา เป็นรูปแบบที่แสดงออกเพื่อปกป้อง Ego
3. Somatization เป็นกระบวนการการแสดงออกทางจิตใจของ Ego แต่กลับทำให้ผู้ที่เลือกใช้รู้สึกกังวลกับการเจ็บป่วยทางกายมากกว่าปกติ เช่น อาการซึมเศร้าถูกแปลเป็นอาการทางร่างกาย ในผู้สูงอายุ Somatization ในรูปแบบที่รุนแรงอาจกลายเป็นภาวะ Hypochondriasis ที่เชื่อว่าตนเองป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง แม้แพทย์จะตรวจแล้วว่าตนไม่ได้ป่วย กลายเป็นความกังวลที่ครอบงำความกลัวต่อสุขภาพทางกาย พัฒนาความหมกมุ่นเกี่ยวกับร่างกาย ผู้สูงอายุจะพรั่นไปถึงความเจ็บปวดที่มีอยู่แต่อาจเกินจริง เพื่อพยายามที่จะหลีกเลี่ยงผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ ภาวะซึมเศร้าอาจถูกสร้างขึ้นเพื่อไม่ให้รู้สึกกระทบกระเทือนต่อตนอย่างเปิดเผย ทำให้กลายเป็นความทุกข์ทางกายแทน โดยผู้สูงอายุร้อยละ 33 แสดงความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำงานของร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมากระหว่างความเจ็บป่วยทางกายและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ด้านการศึกษาระยะยาว (Longitudinal Study) ในช่วงวัยต่าง ๆ ของ Diehl M และคณะ⁽⁷⁰⁾ เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการป้องกันทางจิตในผู้ใหญ่ชาวยุโรปอเมริกัน จำนวน 392 คน พบการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับอายุแบบไม่เป็นเชิงเส้นตรง ในกลุ่ม Coping Mechanism ซึ่งประกอบด้วยรูปแบบ Sublimation และ Suppression ส่วนกลุ่ม Defense Mechanism ประกอบด้วยรูปแบบ Intellectualization, Doubt, Displacement และ Regression

โดยเส้นวิถีของการเปลี่ยนแปลงของ Sublimation และ Suppression มีการใช้เพิ่มขึ้นจากช่วงวัยรุ่นจนถึงตอนช่วงวัยกลางคนและวัยชราตอนต้น และส่วนใหญ่ยังคงที่กระทั่งวัยชราตอนปลาย

ส่วนเส้นวิถีของการเปลี่ยนแปลงของ Intellectualization มีการใช้รูปแบบดังกล่าว
เพิ่มจากช่วงวัยรุ่นและยังคงที่ไปจนถึงวัยกลางคนตอนปลาย จากนั้นจึงเริ่มลดลง

สำหรับรูปแบบ Doubt, Displacement และ Regression มีการใช้ลดลงจากช่วง
วัยรุ่นถึงวัยสูงอายุตอนต้น แต่จะกลับมาเพิ่มขึ้นอีกครั้งหลังอายุ 65 ปี

Cramer P⁽⁷¹⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้กลไกป้องกันทางจิตตามลำดับอายุ โดยวัย
ผู้ใหญ่มักจะใช้การป้องกันทางจิตรูปแบบ Undoing, Rationalization, Identity Formation,
Repression, Projection, และ Isolation ซึ่งมีทั้งแบบ Immature และ Mature Defenses โดย
รูปแบบที่ Immature Defenses จะโดดเด่นในช่วงแรก ๆ ของชีวิต จากนั้นรูปแบบ Mature
Defenses จะเริ่มเกิดขึ้นในระยะต่อมา

การศึกษาของ Diehl M และคณะ⁽⁷⁰⁾ ยังพบว่าอีกว่า เพศและสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม
มีความสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยของ Coping Mechanism และ Defense Mechanism ในหลายรูปแบบ
ข้อค้นพบจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนี้ส่วนใหญ่บุคคลแสดงพัฒนาการในทิศทางของ Coping
Mechanism และ Defense Mechanism ทางด้านการปรับตัวที่มากขึ้น (Adaptive) และมีการ
เลือกใช้การป้องกันทางจิตในรูปแบบที่ปรับตัวไม่ได้ (Maladaptive) ลดลงจากช่วงวัยรุ่นจนถึงวัยชรา
ตอนต้น แต่ทว่า ในช่วงวัยชราตอนปลายพัฒนาการนี้จะกลับตรงกันข้าม สอดคล้องกับการศึกษาแบบ
ภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ของ Segal DL, Coolidge FL, Mizuno H⁽⁷²⁾ ที่พบว่า
รูปแบบการป้องกันทางจิตกลุ่ม Adaptive Defense จะลดลงตามอายุที่มากขึ้น โดยศึกษา
เปรียบเทียบกลไกป้องกันทางจิตระหว่างคนทั่วไปในวัยหนุ่มและผู้สูงอายุ กลุ่มวัยหนุ่ม (259 คน) อายุ
เฉลี่ย 19.7 ปี และผู้สูงอายุ (69 คน) อายุเฉลี่ย 70.8 ปี พบว่าไม่มีความแตกต่างของอายุในกลุ่ม
Adaptive Defense Mechanism โดยวัยหนุ่มจะมีคะแนนรูปแบบ Acting Out, Passive-
Aggressive และ Repression (กลุ่ม Maladaptive Defense Mechanism) ที่สูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ
และยังพบความสัมพันธ์ระหว่าง Maladaptive Defense กับ การรับรู้ความเครียด

สำหรับกลไกป้องกันทางจิตกลุ่ม Adaptive Defense Mechanism มีมากขึ้นในช่วงวัย
กลางคนสามารถทำนายผลลัพธ์อย่างคงที่ทางด้านสุขภาพที่ดีในช่วงวัยสูงอายุได้ ความสัมพันธ์
ทางบวกนี้ยังคงปรากฏภายในช่วงชีวิตทั้งสามระลอก คือ ช่วงที่อายุ 70, 75, และ 80 ปี ตาม
การศึกษาของผู้วิจัย จะเห็นได้ว่าความคงที่นี้มีอยู่ต่อเนื่องกระทั่งวัยชรา บ่งชี้ว่ารูปแบบการเผชิญ
ปัญหาแบบปรับตัวได้อาจช่วยรักษาสุขภาพในวัยชราได้ ดังนั้น Maturity Defense จึงสัมพันธ์กับ

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น⁽⁷³⁾ ส่วนการศึกษาทางฝั่งเอเชียแบบภาคตัดขวางกับกลุ่มตัวอย่างชาวญี่ปุ่น ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยสูงอายุ โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่อายุระหว่าง 50 – 64 ปี และ 65 – 93 ปี ผลพบว่า สุขภาวะทางจิตใจทั้งสองวัยมีความสัมพันธ์กับระดับการหลีกเลี่ยงภัยอันตราย (Harm Avoidance) ที่ต่ำกว่า และการนำตนเอง (Self-Directedness) ในระดับที่สูงขึ้น อีกทั้งอายุที่มากขึ้น สัมพันธ์กับการลดลงของการติดใจในรางวัล การให้ความร่วมมือ การเพิ่มขึ้นของความรู้อิสึกปิติ (Self-Transcendence) รวมทั้งการป้องกันทางจิตรูปแบบ Isolation, Denial, และ Splitting จาก การศึกษายังพบอีกว่า Image Distortion Defenses อาจเข้ามาทำหน้าที่ในการชดเชยการสูญเสียทางทรัพยากร โดยพบความสัมพันธ์ของการใช้รูปแบบป้องกันทางจิตกับการจัดการกับการสูญเสียทาง ทรัพยากรในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุใช้การป้องกันทางจิตในกลุ่ม Immature ใน รูปแบบ Isolation, Denial, และ Splitting ที่มากขึ้นกว่าช่วงวัยผู้ใหญ่⁽⁷⁴⁾

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเพศและรูปแบบป้องกันทางจิต

Yu Y, Chamorro-Premuzic T, Honjo S⁽⁷⁴⁾ ศึกษาในกลุ่มคนทั่วไป พบปฏิสัมพันธ์ระหว่าง อายุและเพศ ที่แสดงให้เห็นว่าเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันในการเลือกใช้การป้องกันทาง จิตรูปแบบที่ต่างกัน โดยเพศหญิงแสดงแนวโน้มสูงในการใช้รูปแบบ Somatization แต่ทว่าในเพศ ชายเลือกใช้รูปแบบ Passive-Aggressive และ Acting Out มากกว่า แสดงให้เห็นว่าผู้ชาย (Masculine) ใช้การป้องกันทางจิตแบบมุ่งสู่ภายนอก ขณะที่ผู้หญิง (Feminine) ใช้การป้องกันทาง จิตแบบมุ่งเข้าไปภายในตนเอง ดังนั้น การใช้ Somatization บ่อยครั้งจะสร้างอาการทางกาย ทำให้ การหลีกเลี่ยงภัยอันตราย (Harm Avoidance) ในระดับสูงจึงสัมพันธ์กับความทุกข์ทางใจ เช่น หลีกเลี่ยงภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า อาจส่งผลให้ภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้หญิงลดลง ผลของ การศึกษานี้แตกต่างไปจาก Margo GM และคณะ⁽⁷⁵⁾ ที่ศึกษากับผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยเพศชายมีแนวโน้มที่จะใช้ Internalizing Defenses ในทางกลับกัน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะ ซึมเศร้าเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะใช้ Externalizing Defenses มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตกลุ่ม Image Distorting Defenses

ในกรณีของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเพศชายใช้การป้องกันทางจิต รูปแบบ Displacement และ Sublimation มาก ซึ่งการใช้รูปแบบ Sublimation สูงในเพศชายนั้น อาจมีสาเหตุบางส่วนมาจากการเปลี่ยนแปลงทางบทบาทสังคม เช่น การเกษียณอายุ เป็นต้น อีกทั้งใน

เพศชายมีการเลือกใช้การป้องกันทางจิตรูปแบบ Humor อย่างคงที่ แตกต่างจากเพศหญิงที่มีแนวโน้มใช้รูปแบบดังกล่าวลดลงตลอดเวลาเนื่องจากการหลีกเลี่ยงภัยอันตราย (Harm Avoidance) ที่สูงขึ้น (74)

การศึกษารูปแบบการป้องกันทางจิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคซึมเศร้า (อายุเฉลี่ย 39.30 ปี) ที่กำลังรับยาต้านโรคซึมเศร้า ระหว่างการศึกษาพบว่า มีผู้ที่ออกไปจากรักษาโดยตลอด (Drop-out) ผู้วิจัยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ออกจากการศึกษามีนัยสำคัญอย่างสูงกับการใช้รูปแบบป้องกันทางจิตในกลุ่ม Image Distorting Defenses อาจจะมีเหตุผลใดใดก็ตามที่ออกจากการรักษา นั้นสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยบางรายอาจมีความบิดเบี้ยว (Distortion) ต่อประสบการณ์ส่วนตัวของตนเอง อีกทั้ง ภาวะซึมเศร้าที่เรื้อรังยาวนาน (Dysthymia) ยังมีความสัมพันธ์กับทั้ง Action และ Image Distorting Defense โดยที่รูปแบบ Acting-Out และ Projection มักจะพบในผู้ป่วยที่มีอาการ Dysthymia มากกว่าในโรคแพนิค⁽⁷⁶⁾ ในกรณีการเปรียบเทียบกลไกป้องกันทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าเพศชายมีแนวโน้มที่จะใช้ Internalizing Defenses และผู้ป่วยซึมเศร้าเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะใช้ Externalizing Defenses มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า อีกทั้ง พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ารุนแรงและจำนวนของอดีตการรับรู้ตนเองในทางลบภายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นผลให้ผู้ป่วยมีการรู้คิดที่บิดเบี้ยว มีอคติ ไม่สมจริง ในการประเมินโลกตามความเป็นจริง⁽⁷⁵⁾

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันทางจิต

Gana K & K'Delant P⁽⁷⁷⁾ การศึกษาเรื่องอารมณ์ คุณลักษณะนิสัย และกลไกป้องกันทางจิตเกี่ยวกับความเศร้าโศกรุนแรงในกลุ่มผู้สูงอายุที่สูญเสียคนที่รักไปโดยเฉลี่ยในช่วง 2.58 ปี พบว่า เวลาตั้งแต่ที่สูญเสียบุคคลที่รัก ความอดทนไม่ทอดถอย (Persistence) รูปแบบกลไกป้องกันทางจิตแบบ Immature และอายุของผู้สูญเสียสามารถทำนายความรุนแรงของความเศร้าโศกได้ในเชิงบวก ในขณะที่การให้ความร่วมมือ (Cooperativeness) และอายุของบุคคลอันเป็นที่รักที่สูญเสีย สามารถทำนายความรุนแรงของความเศร้าโศกได้ในทางลบ อีกทั้งพบว่า เพศ ความสัมพันธ์ทางเครือญาติที่ใกล้ชิดกับผู้เสียชีวิต เวลาตั้งแต่เกิดการสูญเสีย การนำตน (Self-Directedness) และความรู้สึกปีติยินดี (Self-Transcendence) เป็นตัวทำนายความเศร้าโศกเป็นเวลานาน การให้ความร่วมมือใน

ระดับต่ำ ร่วมกับการใช้กลไกป้องกันทางจิตแบบ Immature อาจทำให้บุคคลมีความเสี่ยงมากยิ่งขึ้นที่จะพัฒนาไปสู่โรคเศร้าโศก (Grief Disorder) และอายุของผู้ที่เสียชีวิตทำนายความเศร้าโศกในทางลบ กล่าวคือ เมื่อผู้ที่เสียชีวิตยังเป็นวัยหนุ่มอายุน้อย จะยิ่งเพิ่มความเศร้าโศกที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

Emmanuelle Corruble และคณะ⁽⁷⁸⁾ ศึกษาารูปแบบการป้องกันทางจิต อากาารหุนหันพลันแล่น และการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Defense Styles Impulsivity and Suicide Attempts in Major Depression) จำนวน 77 คน พบว่ารูปแบบการป้องกันทางจิตสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย โดยผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีภาวะบุคลิกภาพผิดปกติ (Personality Disorder) ในกลุ่มที่ใช้การป้องกันทางจิตในกลุ่ม Neurotic Defense มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ($r = 0.49, p = 0.02$) โดยเฉพาะผู้ที่ใช้การป้องกันทางจิตรูปแบบ Undoing ($r = 0.55, p = 0.009$) สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีภาวะบุคลิกภาพผิดปกติมักใช้การป้องกันทางจิตกลุ่ม Immature Defenses ($r = 0.47, p = 0.0003$), โดยเฉพาะการป้องกันทางจิตแบบ Projection ($r = 0.48, p = 0.0002$), Passive Aggression ($r = 0.46, p = 0.0003$), Acting Out ($r = 0.38, p = 0.003$), Splitting ($r = 0.34, p = 0.01$), และ Somatization ($r = 0.34, p = 0.01$)

Philip Spinhoven และ Cornelis Kooiman⁽⁷⁹⁾ ศึกษาารูปแบบการป้องกันทางจิตในผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคซึมเศร้าและกลุ่มโรควิตกกังวล (Defense Style In Depressed And Anxious Psychiatric Outpatients) ในผู้ป่วยจิตเวช 483 ราย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้าและกลุ่มโรควิตกกังวลมีคะแนนรูปแบบการป้องกันทางจิตแบบ Immature สูง และพบว่าคะแนนความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนการใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตแบบ Undoing และ Idealization ในกลุ่ม Neurotic และรูปแบบการป้องกันทางจิตแบบ Projection และ Acting out ในกลุ่ม Immature รวมทั้งมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนการใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตกลุ่ม Mature โดยในผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลมีรูปแบบการป้องกันทางจิตแบบ Neurotic มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้า สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการ Panic มีการใช้การป้องกันทางจิตแบบ Somatization, Devaluation, และ Idealization สูง

Cramer P⁽⁷¹⁾ ตรวจสอบแนวคิดของตนจากรูปแบบการป้องกันทางจิต 3 รูปแบบ คือ Denial, Projection, และ Identification ผลพบว่าในวัยเด็ก รูปแบบ Denial จะเป็นการป้องกันทางจิตรูปแบบที่โดดเด่นที่สุด เมื่อเด็กเริ่มโตขึ้นการใช้รูปแบบ Denial จะลดลง และเริ่มมีการใช้รูปแบบ Projection ซึ่งเป็นรูปแบบการรู้คิดที่มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น เด่นชัดมากในช่วงวัยเด็กตอน

ปลาย และลดลงบ้างในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย แต่ในระหว่างนั้น รูปแบบ Identification ก็ค่อย ๆ พัฒนาขึ้นอย่างช้า ๆ ซึ่งเป็นรูปแบบทางการรู้คิดที่ยิ่งซับซ้อนขึ้น และกลายเป็นรูปแบบที่เด่นชัดขึ้นในเวลาต่อมา

การศึกษาของ Lenzo V และคณะ⁽⁸⁰⁾ พบว่า การขาดการรับรู้ทางอารมณ์ไม่สามารถเข้าใจความซับซ้อนทางอารมณ์และความรู้สึกได้ (Alexithymia) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การปรับตัวทางจิตใจโดยทั่วไป (General Psychological Maladjustment) ความเสี่ยงของโรคเกี่ยวกับการกิน การใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตที่ผิดปกติ (Maladaptive Defenses) การใช้รูปแบบป้องกันทางจิตกลุ่ม Image-distorting Defenses และ Self-sacrificing Defenses แต่ทว่า Alexithymia มีความสัมพันธ์ทางลบกับ Mature Defenses

ต้นสาย แก้วสว่าง และจิรัชชัย หงส์ยันตรชัย⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษากลไกทางจิตกับสุขภาพจิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 300 คน พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า มักใช้กลไกทางจิตกลุ่ม Image Distorting โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้กลไกทางจิตกลุ่ม Image Distorting มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตด้าน Depression อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ อาจกล่าวได้ว่า การใช้กลไกทางจิตแบบไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นลักษณะบดเบือนการรับรู้และยอมรับความเป็นจริงมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตโดยเฉพาะด้าน Depression ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้กลไกทางจิตกลุ่ม Image Distorting นั้นยังมีคะแนนภาวะผิดปกติทางสุขภาพจิตด้าน Obsessive – Compulsive Disorder, Interpersonal – Sensitivity, Depression, Anxiety, Hostility และ Psychotic สูงกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้กลไกทางจิตกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พลเลิศ พวงสอน และณภัทรวรรต บัวทอง⁽⁸¹⁾ ได้ทำการศึกษาสุขภาพจิตและกลไกทางจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน สายการบินพาณิชย์แห่งหนึ่งในประเทศไทย เก็บรวบรวมข้อมูลจากพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินของสายการบินพาณิชย์แห่งหนึ่งในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 260 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (ร้อยละ 52.3) ส่วนใหญ่ใช้กลไกทางจิตในด้าน Adaptive Defense มากที่สุด (ร้อยละ 83.7) พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อ ภาวะสุขภาพจิตในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป ได้แก่ การใช้กลไกทางจิตด้าน Affect Regulating Defense (ORadj = 6.92 : 95%CI = 2.85 – 16.81)

วรดา วสันต์นนท์สิริ และคณะ⁽⁸²⁾ ได้ทำการศึกษาทัศนคติต่อการกระทำผิดกฎหมาย ทัศนคติต่อรูปแบบการดำเนินชีวิต การใช้กลไกป้องกันตนเอง และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ต้องขังไทยในผู้ต้องขังไทยจำนวน 748 คน จากเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ 27 แห่ง พบว่าการใช้กลไกป้องกันตนเองสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยการใช้กลไกป้องกันตนเองแบบโรคประสาทและแบบมีวุฒิภาวะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ($r = -0.560$), ($r = 0.158$) แสดงให้เห็นว่าผู้ต้องขังที่ใช้กลไกป้องกันตนเองแบบโรคประสาทและแบบมีวุฒิภาวะสูง จะมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสูง ผู้ต้องขังที่ใช้กลไกป้องกันตนเองแบบไม่มีวุฒิภาวะมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ($r = -0.251$)

de Roten Y และคณะ⁽⁸³⁾ ศึกษาการกลไกป้องกันทางจิตและการตอบสนองต่อการรักษาในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง จากกลุ่มตัวอย่างในวัยกลางคน จำนวน 41 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการซึมเศร้าและกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง ผลพบว่าการทำงานของการป้องกันทางจิตในกลุ่ม Mature และ Immature Defenses มีการเปลี่ยนแปลงหลังการเข้าร่วมกิจกรรมทางจิตบำบัดที่ผู้วิจัยจัดขึ้น จำนวน 12 ครั้ง กล่าวคือ การป้องกันทางจิตในกลุ่ม Adaptive Defenses เพิ่มขึ้น ขณะที่กลุ่ม Immature Defenses ลดลงตลอดการทำกิจกรรมจิตบำบัด อีกทั้งผู้ป่วยซึมเศร่ายังตอบสนองต่อการรักษาได้ดีขึ้น นั่นแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการป้องกันทางจิตมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่ใช้การป้องกันทางจิตในกลุ่มมีวุฒิภาวะ (Mature) หรือในกลุ่ม Adaptive Defenses มีสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่ใช้การป้องกันทางจิตในกลุ่มอื่น อีกทั้งผู้ที่ใช้การป้องกันทางจิตแบบไม่มีวุฒิภาวะ (Immature) มีสุขภาพจิตในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป เช่นเดียวกับกับผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร่ามีแนวโน้มของการใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตในกลุ่ม Image Distorting Defenses โดยรูปแบบการป้องกันทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ คือ Denial ซึ่งเป็นรูปแบบเดียวกันที่โดดเด่นในช่วงวัยเด็ก เมื่อพิจารณาตามช่วงวัย พบว่า วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุใช้การป้องกันทางจิตรูปแบบ Sublimation และ Suppression เพิ่มขึ้นจากช่วงวัยรุ่น ด้านรูปแบบ Intellectualization มีแนวโน้มลดลงหลังวัยกลางคน ตอนปลาย ส่วนรูปแบบ Doubt, Displacement, และ Regression ที่เคยลดลงในช่วงวัยรุ่นถึงวัยสูงอายุตอนต้น กลับมีการเลือกใช้เพิ่มขึ้นอีกครั้งในช่วงวัยสูงอายุตอนต้น นั่นแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการป้องกันทางจิตกลุ่ม Adaptive Defense จะลดลงตามอายุที่มากขึ้น

ชมรมผู้สูงอายุ

ความเป็นมาและความสำคัญของชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในโครงสร้างที่สำคัญที่ช่วยสร้างกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุ ได้มีโอกาสทำกิจกรรมใหม่ ๆ เช่น กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมเพื่อสุขภาพ ได้มีพบปะผู้คนและพูดคุยกับเพื่อนในวัยเดียวกัน เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพที่ดีในวัยสูงอายุ จากสถิติข้อมูลปี 2564 พบจำนวนสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ประมาณ 15,000 คน ซึ่งมีสัดส่วนค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดที่ปัจจุบันมีอยู่มากกว่า 1 ล้านคน⁽⁸⁴⁾

ข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุ⁽⁸⁵⁾ ระบุว่า การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุต้องเป็นไปตามระเบียบโดยชมรมผู้สูงอายุ คือการรวมกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ตั้งแต่ 30 คนขึ้นไป และวัยที่มีอายุระหว่าง 25 – 59 ปี ไม่เกิน 1 ใน 4 ของสมาชิกที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป

การรวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุ ‘ชมรมผู้สูงอายุ’ เป็นรูปแบบของการรวมกลุ่มที่เป็นทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เป็นแหล่งพบปะสังสรรค์ของผู้สูงอายุ
2. เป็นศูนย์กลางในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนด้านต่าง ๆ
3. เป็นศูนย์กลางด้านข่าวสารที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ
4. เพื่อให้ผู้สูงอายุร่วมกันทำกิจกรรมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

องค์ประกอบของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1. การก่อตั้ง: ชมรมผู้สูงอายุควรเกิดขึ้นในหมู่บ้านหรือชุมชนที่มีที่ตั้งชัดเจน และเกิดจากความร่วมมือของสมาชิกผู้สูงอายุในชุมชน
2. ระเบียบ: ต้องมีระเบียบข้อบังคับ เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการบริหารชมรมและดำเนินการและกิจกรรม
3. สถานที่: ใช้สถานที่ที่มีอยู่ในสังคม ไม่จำเป็นต้องสร้างขึ้นใหม่ เช่น ศาลาวัด ศาลาประชาคม หรือโรงเรียน

4. สมาชิก: ควรมีสมาชิก 30 – 100 คน เพื่อให้ดูแลกันได้อย่างทั่วถึง โดยมีกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มวัยอื่น ๆ ที่มีความตั้งใจที่ทำงานร่วมกัน และวัยที่มีอายุระหว่าง 25 – 59 ปี ไม่เกิน 1 ใน 4 ของสมาชิกที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป
5. กรรมการ: กรรมการควรมาจากการเลือกตั้งจากสมาชิกที่พร้อมเสียสละทำงานเพื่อส่วนรวมและมีความเข้มแข็งในการทำงาน โดยตามกฎหมายของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ควรมีองค์ประกอบไม่น้อยกว่า 11 คน โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้ 1) ประธาน 2) รองประธาน 3) เลขานุการ 4) ผู้ช่วยเลขานุการ 5) เภรัญญิก 6) ผู้ช่วย เภรัญญิก 7) กรรมการกลางไม่เกิน 9 คน

เมื่อตั้งเป็นชมรมผู้สูงอายุแล้ว ควรได้รับการรับรองโดยให้ผู้บริหารของหน่วยงานเหล่านี้ให้การรับรองเป็นชมรมผู้สูงอายุ (หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง) เช่น อปท. รพ.สต. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยการรับรองการเป็นชมรมผู้สูงอายุก่อให้เกิดประโยชน์ต่อชมรมและสมาชิก ชมรม อีกทั้งชมรมผู้สูงอายุที่ได้รับการรับรองจะสามารถขอรับการสนับสนุนด้านการเงินจากกองทุนต่าง ๆ เช่น กองทุนผู้สูงอายุ กองทุนส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม หรือการได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการ

การส่งเสริมการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุให้เข้มแข็ง

1. การมีอุดมการณ์ที่ชัดเจน คือการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของชมรมที่เป็นจุดยึดเหนี่ยวของกรรมการและสมาชิก
2. การบริหารจัดการชมรมที่จะทำให้เกิดความมั่นคงโดยมีการวางแผนการทำงาน มีการประชุม เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงาน
3. การจัดกิจกรรมเกิดจากความต้องการของสมาชิก หรือสมาชิกที่มีส่วนร่วมในการเสนอความต้องการในการทำกิจกรรม โดยกิจกรรมนั้นต้องไม่เป็นกิจกรรมซ้ำ ๆ
4. การมีระบบสนับสนุนในการดำเนินงาน การมีพี่เลี้ยง การมีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างน้อย 3 – 5 เครือข่าย ทั้งในและนอกพื้นที่
5. การมีความสามารถในการแสวงหาทุนและทรัพยากรการแสวงหาทุน การเขียนโครงการเพื่อขอรับทุนสนับสนุน การแสวงหาทรัพยากรในชุมชนอย่างเหมาะสม

องค์กรที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ ได้แก่

1. กองทุนผู้สูงอายุ ด้วยการสนับสนุนเงินอุดหนุนโครงการเพื่อส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุ
2. จากส่วนกลาง โดยกองทุนผู้สูงอายุ ภายในสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี กรุงเทพมหานคร
3. ส่วนภูมิภาค โดยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในทุกจังหวัด

ชมรมผู้สูงอายุในประเทศไทยและเขตกรุงเทพมหานคร

ข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุ ทำการสรุปจำนวนชมรมผู้สูงอายุประจำปี 2564 (สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ฯ) พบจำนวนชมรมผู้สูงอายุ ทั้งหมด 29,359 ชมรม ในภาคเหนือ มีทั้งหมด 9,527 ชมรม (ร้อยละ 32.45) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีทั้งหมด 13,570 ชมรม (ร้อยละ 46.20) ภาคใต้ 2,140 ชมรม (ร้อยละ 7.30) ภาคกลาง มีทั้งหมด 3,725 ชมรม (ร้อยละ 12.70) และกรุงเทพมหานคร มีทั้งหมด 397 ชมรม (ร้อยละ 1.35)⁽⁸⁶⁾

สำหรับกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตที่ 1 มี 53 ชมรม กลุ่มเขตที่ 2 มี 38 ชมรม กลุ่มเขตที่ 3 มี 178 ชมรม กลุ่มเขตที่ 4 มี 27 ชมรม กลุ่มเขตที่ 5 มี 53 ชมรม และกลุ่มเขตที่ 6 มี 48 ชมรม⁽⁸⁶⁾ สำหรับส่วนราชการเขตยานนาวา ซึ่งเป็นที่ตั้งของชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 พบว่ามีจำนวนกลุ่มหรือองค์กรด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 ชมรม มีจำนวนสมาชิกในปี 2562 จำนวน 270 คน⁽⁸⁷⁾

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Design)

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 จำนวน 129 คน

สถานที่เก็บข้อมูล คือ ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 7 กรุงเทพมหานคร ตั้งอยู่ที่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 บุญมี ปุรุราชรังสรรค์ 663 ถนนสาธุประดิษฐ์ แขวงบางโพงพาง เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร 10120

เกณฑ์การคัดเลือก

1. มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งชายและหญิง
2. สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย สามารถตอบ และให้ข้อมูลได้ด้วยตัวเอง
3. สัมผัสใจเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร การได้ยิน การมองเห็น และด้านความจำจนไม่สามารถให้ความร่วมมือในการวิจัยได้

ขนาดตัวอย่าง

เนื่องจากทราบจำนวนประชากรเป้าหมายที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของทาโร ยามาเน⁽⁸⁸⁾ ดังนี้

$$\text{จากสูตร } n = N/1 + N(e)^2$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดได้คือ $5\% = 0.05$

แทนค่าสูตรดังนี้

$$n = 190/1 + (190)(0.05)^2$$

$$n = 129 \text{ คน}$$

โดยการวิจัย ผู้วิจัยจะคำนวณประชากรจำนวน 190 คน

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยผู้วิจัยเจาะจงเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 รวมทั้งเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการพิจารณาลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกที่กล่าวไปข้างต้นด้วยตัวผู้วิจัยเองเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ในขั้นของการเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำการเปิดรับสมัครผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข 7 กรุงเทพมหานคร ที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยและได้รับการพิจารณาคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นเมื่อมีผู้สูงอายุสมัครใจลงทะเบียนเข้าร่วมการวิจัยครบตามจำนวน 129 คน ตามที่ได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้จึงปิดการรับสมัครเข้าร่วมการวิจัยทันที

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษากลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีความหลากหลายของประชากรที่อยู่อาศัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในกรุงเทพมหานครมีชมรมผู้สูงอายุราว 397 ชมรม แต่ทว่าผู้วิจัยสนใจศึกษาผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข 7 กรุงเทพมหานคร เนื่องจากจากสถานที่ดังกล่าวตั้งอยู่ในเขตยานนาวาซึ่งเป็นพื้นที่เศรษฐกิจใหม่ โดยเขตยานนาวาเป็นเขตที่เกิดการเปลี่ยนแปลงมาตลอด ซึ่งเป็นผลมาจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศ โดยเฉพาะช่วงปี พ.ศ. 2522 เป็นต้นมา เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

จากเดิมพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นสวนติดแม่น้ำ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวน และจับสัตว์น้ำ พื้นที่สวนถูกขายและเปลี่ยนแปลงมาเป็นที่พักอาศัย พาณิชยกรรม และอุตสาหกรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุในเขตยานนาวามีวิถีชีวิตและอาชีพที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงสมัยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และเกิดการเปลี่ยนแปลงเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน ทำให้ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ที่หลากหลาย มีความยืดหยุ่น และมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงโดยตลอด รวมทั้งภายในชมรมมีกิจกรรมที่หลากหลายให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วม เช่น การประชุม การตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกาย กิจกรรมตามประเพณีและศาสนา กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ การทัศนศึกษา การฝึกสมาธิ การฝึกอาชีพ กิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น ดังนั้นประชากรภายในชมรมแห่งนี้จึงเป็นกลุ่มที่มีความน่าสนใจและมีศักยภาพเพียงพอที่จะสามารถให้ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินรูปแบบการป้องกันทางจิต แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปี และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีจุฬา เอดีแอล มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 18 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ปัจจุบัน ที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลหลักในครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล ตำแหน่งงานก่อนเกษียณ รายได้ก่อนเกษียณ กิจกรรมยามว่าง การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ประวัติการใช้สารเสพติด โรคประจำตัว/ปัญหาสุขภาพ และประวัติโรคทางจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบประเมินรูปแบบการป้องกันทางจิต (The Defense Style Questionnaire-60 : DSQ-60) เป็นแบบประเมินรูปแบบการป้องกันทางจิตประเภทรายงานตนเอง (Self-Report) ของ Thygesen KL⁽⁷⁾ ทำการแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย พิชญานา วีระ และคณะ⁽¹⁸⁾ ประกอบด้วยคำถาม 60 ข้อ ซึ่งมีรูปแบบการป้องกันทางจิตครอบคลุมตาม The Defensive Functioning Scale ที่ DSM-IV ได้ระบุไว้

คุณสมบัติเครื่องมือ เป็นแบบประเมินรูปแบบการป้องกันทางจิตที่ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่ม Image Distorting Defense ซึ่งมีรูปแบบการป้องกันทางจิต 10 รูปแบบ 2. กลุ่ม

Affect Regulating Defense มีรูปแบบการป้องกันทางจิต 11 รูปแบบ และ 3. กลุ่ม Adaptive Defense มีรูปแบบการป้องกันทางจิต 9 รูปแบบ รวมทั้งหมด 30 รูปแบบ แต่ละรูปแบบจะมีข้อคำถาม 2 คำถาม รวมเป็น 60 ข้อ แต่ละข้อมีการแบ่งคำตอบเป็น 9 ระดับด้วยวิธีแบบ Likert Scale จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีระดับการให้คะแนน 1 – 9 คะแนนตามลำดับ

เมื่อ	1 แสดงถึง	การไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	3 แสดงถึง	ค่อนข้างไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	5 แสดงถึง	เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอ ๆ กัน
	7 แสดงถึง	ค่อนข้างเห็นด้วย
	9 แสดงถึง	การเห็นด้วยอย่างยิ่ง

การให้คะแนนและการแปลผล ประเมินคะแนนว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้การป้องกันทางจิตกลุ่มไหนมากที่สุด จากค่าเฉลี่ยของรูปแบบการป้องกันทางจิตในกลุ่มนั้น ๆ และประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้การป้องกันทางจิตรูปแบบไหนมากที่สุด จากค่าเฉลี่ยของข้อคำถามทั้ง 2 ข้อในรูปแบบนั้น ๆ⁽¹⁸⁾

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบประเมิน DSQ-60 ทั้ง 60 ข้อ ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าความเชื่อมั่นของฉบับ 0.86 และมีความเชื่อมั่นรายกลุ่ม ดังนี้ Image distorting 0.77, Affect regulating 0.73 และ Adaptive 0.74

ส่วนที่ 3 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS30)⁽¹⁷⁾ มีจำนวน 30 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศ พัฒนาขึ้นมา มีคะแนนรวมระหว่าง 0-30 คะแนน เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบด้วยตนเอง ในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา เวลาที่ผู้สูงอายุไทยใช้ในการทดสอบเท่ากับ 10.09 นาที การทดสอบความเที่ยงตรงในเพศหญิงเท่ากับ 0.94 เพศชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ 0.93 สำหรับเกณฑ์กำหนดคะแนน ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ให้ค่าคะแนนรวมของ TGDS ระหว่าง 0 – 12 คะแนน เป็นค่าปกติในผู้สูงอายุไทย คะแนนระหว่าง 13-18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้ที่มีความเศร้าเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้ที่มีความเศร้าปานกลาง และคะแนนระหว่าง 25 – 30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้ที่มีความเศร้ารุนแรง โดยกำหนดให้ข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29 และ 30 ถ้าตอบ

“ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน แบบสอบถามนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ⁽⁴⁷⁾ มีจำนวน 10 ข้อ สร้างขึ้นโดย เพ็ญศรี หลินศุวนนท์ ลักษณะของแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุประกอบด้วย การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้แก่ การทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม การเป็นสมาชิกขององค์กรต่าง ๆ การเข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็น การไปร่วมในงานสังคม การไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์ของมาตราส่วนประเมินค่าไว้ดังต่อไปนี้

ไม่จริงเลย	คือ ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุ
จริงเล็กน้อย	คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุบ้างเล็กน้อย
จริงปานกลาง	คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุเพียงครึ่งหนึ่ง
จริงส่วนมาก	คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุเป็นส่วนมาก
จริงมากที่สุด	คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1,2,3,8,9 และ 10 ให้คะแนนดังนี้

ไม่จริงเลย	ได้	1	คะแนน
จริงเล็กน้อย	ได้	2	คะแนน
จริงปานกลาง	ได้	3	คะแนน
จริงส่วนมาก	ได้	4	คะแนน
จริงมากที่สุด	ได้	5	คะแนน

ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 4,5,6 และ 7 ให้คะแนน ดังนี้

ไม่จริงเลย	ได้	5	คะแนน
จริงเล็กน้อย	ได้	4	คะแนน
จริงปานกลาง	ได้	3	คะแนน
จริงส่วนมาก	ได้	2	คะแนน
จริงมากที่สุด	ได้	1	คะแนน

การแปลผลจะพิจารณาตามลักษณะการกระจายของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยถ้าการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (Normal Distribution) จะอาศัยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) แบ่งคะแนนเป็น 3 ช่วง ได้แก่ การมีส่วนร่วมในสังคมไม่ดี คือ ผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า Mean -1SD การมีส่วนร่วมในสังคมปานกลาง คือ ผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง Mean \pm 1SD การมีส่วนร่วมในสังคมดี คือ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า Mean +1SD วัดค่าความเที่ยงตรงตามแบบสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.7776

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปี (1 Year Life Event Question)⁽¹⁹⁾ แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของสมจิตร์ นครพานิช สร้างแบบสอบถามโดยอาศัยแนวทางของ Holmes และ Rahe แล้วนำมาปรับให้สอดคล้องสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมไทย ประกอบด้วยคำถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต 43 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ 7 ข้อ ด้านครอบครัว 12 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ 6 ข้อ ด้านการงาน 10 ข้อ และด้านสังคม 8 ข้อ เครื่องมือนี้ได้มีการนำมาทดลองได้ค่าคะแนนความเชื่อถือของเครื่องมือ 0.99 เกณฑ์การกำหนดคะแนน โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้ที่มีเหตุการณ์ความเครียดต่ำ คือ ผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า Mean -1SD ผู้ที่มีเหตุการณ์ความเครียดปานกลาง คือ ผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง Mean \pm 1SD ผู้ที่มีเหตุการณ์ความเครียดสูง คือ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า Mean +1SD

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีจุฬา เอดีแอล (Chula ADL Index)⁽⁸⁹⁾ พัฒนาขึ้นโดยศาสตราจารย์สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ โดยมีกรให้คะแนนตามระดับความสามารถในการทำกิจกรรมดังนี้

1. เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน 0 – 3 คะแนน
2. ทำหรือเตรียมอาหาร/หุงข้าว 0 – 2 คะแนน
3. ทำความสะอาดบ้าน/ซักรีดเสื้อผ้า 0 – 1 คะแนน
4. ทอนเงิน/แลกเงิน 0 – 1 คะแนน
5. ใช้บริการรถเมล์/รถสองแถว 0 – 2 คะแนน

คะแนนรวมทั้งหมดจะได้จากการรวมคะแนนในแต่ละข้อ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับระดับความสามารถในแต่ละบุคคลโดยมีคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 0 และ คะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 9 คะแนน แปลผลคะแนนดังนี้

ผลรวมคะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพิงทั้งหมด

ผลรวมคะแนน อยู่ในช่วง 5 – 8 คะแนน หมายถึง ภาวะพึงพิงปานกลาง

ผลรวมคะแนน อยู่ในช่วง 9 คะแนน หมายถึง ดำรงชีวิตอย่างอิสระ

ดังนั้น ในการศึกษานี้จะประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 166 ข้อ จากแบบสอบถามทั้งหมด 6 ส่วน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ร่วมกับเจ้าหน้าที่ ของชมรมผู้สูงอายุในศูนย์บริการสาธารณสุข 7 มีขั้นตอนดังนี้

1. เสนอโครงการวิจัยให้แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อรับการพิจารณาทางจริยธรรม
2. ติดต่อขอหนังสือจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังผู้อำนวยการสำนักอนามัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7
3. นำส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไปยื่นต่อผู้อำนวยการสำนักอนามัย
4. นำส่งหนังสือตอบรับอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากสำนักอนามัยไปยื่นต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร
5. คณะกรรมการจริยธรรมในคนกรุงเทพมหานครส่งเรื่องต่อศูนย์บริการสาธารณสุข 7
6. ผู้วิจัยติดต่อนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์บริการสาธารณสุข 7 และนำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยนับจากลำดับสมาชิกที่มาลงทะเบียนก่อน จนถึงคนที่ 129 โดยเข้าไปเก็บข้อมูลทั้งหมดสองรอบในวันประชุมประจำเดือน โดยครั้งแรกเก็บข้อมูลทั้งหมด 3 ส่วน ในวันศุกร์ที่ 27 พฤศจิกายน 2563 และครั้งที่ 2 เก็บข้อมูลทั้งหมด 3 ส่วน ในวันศุกร์ที่ 25 ธันวาคม 2563 โดยให้ผู้รับเข้าร่วมการวิจัย เข้าร่วมที่หอประชุมประจำศูนย์บริการสาธารณสุข 7 โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนั่งโต๊ะเดี่ยวและแบ่งโต๊ะแยกห่างจากกัน
7. เก็บรวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำข้อมูลเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์และประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรมในมนุษย์

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ของการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ สำหรับผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใด ๆ โดยตรง โดยขั้นตอนและวิธีการศึกษาวิจัยยึดตามหลักจรรยาบรรณของการวิจัยในมนุษย์ จำนวน 3 ข้อ ดังนี้

1. หลักความเคารพในบุคคล ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนว่าจะนำข้อมูลไปใช้อย่างไร ในการศึกษาผล จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย จะเก็บรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ไม่ปิดบังข้อมูลความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในงานวิจัย โดยชี้แจงผ่านทางผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนทำการเก็บข้อมูล

2. หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย การเก็บข้อมูลจะไม่ก่อให้เกิดความเสื่อมเสียชื่อเสียงแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงเรื่องการเก็บความลับของข้อมูลแบบสอบถามและเป็นรหัสชุดแบบสอบถามไม่ระบุชื่อของผู้ร่วมวิจัยหรือข้อมูลที่จะระบุถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย และไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงในชีวิตแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจมีความเสี่ยงเล็กน้อย เช่น การเสียเวลา

3. หลักยุติธรรม คัดผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์คัดเลือก ไม่มีการแบ่งแยกเชื้อชาติ ศาสนา หรือฐานะ มีการกระจายความเสี่ยงและมีการสุ่มตัวอย่างประชากรอย่างเท่าเทียม โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกและออกชัดเจน มีการกระจายความเสี่ยงและผลประโยชน์อย่างเท่าเทียมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้ถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS version 25 ดังนี้

1. หลังจากได้รับข้อมูลตอบกลับจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลความครบถ้วนของแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินรูปแบบการป้องกันทางจิต แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปี และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีจุฬา เอดีแอล

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติพรรณนา (descriptive analytics) เพื่อคำนวณหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่ามัธยฐาน โดยนำเสนอในรูปแบบตาราง

ประกอบการแปลความหมายเชิงบรรยายเพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วย ด้านการทำงาน ด้านจิตสังคม รูปแบบกลไกป้องกันทางจิต และภาวะซึมเศร้า

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรรายคู่ (univariate analysis) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการทำงาน ปัจจัยด้านจิตสังคม กับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ข้างต้นที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรูปแบบการป้องกันทางจิตแบบ 3 กลุ่ม และรูปแบบย่อย 30 รูปแบบ กับคะแนนภาวะซึมเศร้า โดยใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficiency) เพื่อให้ทราบว่ารูปแบบการป้องกันทางจิตรูปแบบใดบ้างที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากที่สุด

5. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรูปแบบกลไกป้องกันทางจิตแบบ 3 กลุ่ม และรูปแบบย่อย 30 รูปแบบ เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติ Independent t-test อีกทั้งผลลัพธ์ยังแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตรูปแบบใดที่แตกต่างกันมากที่สุด

6. วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการทำงาน ปัจจัยทางจิตสังคม และรูปแบบการป้องกันทางจิต โดยใช้การวิเคราะห์สถิติถดถอยลอจิสติก (Logistic regression) ด้วยวิธี Forward Likelihood Ratio

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาภาวะซึมเศร้า รูปแบบการป้องกันทางจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 กรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า รูปแบบการป้องกันทางจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและรูปแบบการป้องกันทางจิตในผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 กรุงเทพมหานคร โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 129 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่เป็นตัวแปรอิสระของกลุ่มตัวอย่าง

- 1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
- 1.2 ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย
- 1.3 ปัจจัยด้านการทำงาน
- 1.4 ปัจจัยทางจิตสังคม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 ข้อมูลรูปแบบการป้องกันทางจิต

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าและรูปแบบการป้องกันทางจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's Exact Test

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรูปแบบการป้องกันทางจิตและคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficiency)

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่เป็นตัวแปรอิสระของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 (n=129)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	7.0
หญิง	120	93.0
อายุ (ปี), ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	70.61 \pm 5.84	
ค่าต่ำสุด = 60, ค่าสูงสุด = 88		
สถานภาพสมรส		
แต่งงาน	55	42.6
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	74	57.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	66	51.2
มัธยมศึกษา/ปริญญาตรีขึ้นไป	63	48.8
รายได้ปัจจุบัน		
ไม่มีรายได้	41	31.8
มีรายได้	88	68.2
จำนวนรายได้ (บาทต่อเดือน), ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยควอไทล์)	7500	3250 - 11750
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8882.03 \pm 7072.94, ค่าต่ำสุด = 600, ค่าสูงสุด = 30000		
ที่มาของรายได้		
สามี/ลูก	59	45.7
การทำงาน/ลงทุน	48	37.2
เบี้ยผู้สูงอายุ, อสม.	43	33.3
เงินบำนาญ/เงินเก็บ	5	3.9

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	99	76.7
ไม่เพียงพอ	30	23.3
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน), ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยควอไทล์)	3	3-5
ผู้ดูแลหลักในครอบครัว		
บุตร	68	52.7
สามี/ภรรยา	36	27.9
พี่/น้อง	15	11.6
ไม่มีผู้ดูแล	10	7.8
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
ไม่มี	8	6.2
สิทธิบัตรทอง	95	73.6
สิทธิประกันสังคม	16	12.4
ไม่ทราบ	8	6.2
สิทธิบัตรผู้พิการ	5	3.9
สิทธิประกันสุขภาพ	4	3.1
สิทธิข้าราชการบำนาญ	1	0.8
งานอดิเรก/กิจกรรมยามว่าง		
ไม่มี	2	1.6
ดูทีวี	75	58.1
พบปะสังสรรค์เพื่อน ๆ	54	41.9
อ่านหนังสือ	39	30.2
ทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์/จิตอาสา	30	23.3
กิจกรรมอื่น ๆ	29	22.5
เลี้ยงสัตว์	23	17.8
เล่นเกมส์/เล่นไพ่	9	7.0

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	28	21.7
ออกกำลังกาย	101	78.3
จำนวนที่ออกกำลังกาย (วัน/สัปดาห์), ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยควอไทล์)	4	3-5
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.07 ± 1.63 , ค่าต่ำสุด = 1, ค่าสูงสุด = 7		
การใช้สื่อสังคมออนไลน์		
ไม่ใช้	48	37.2
ใช้	81	62.8
จำนวนที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ (ชั่วโมง/วัน), ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยควอไทล์)	2	2-4
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.25 ± 2.76 , ค่าต่ำสุด = 1, ค่าสูงสุด = 20		
สื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้เป็นประจำ		
Line	79	61.2
Facebook	43	33.3
Line TV, Line Today	14	10.9
อื่น ๆ	1	0.8
เหตุผลในการใช้		
ติดต่อสื่อสาร สนทนา สร้างความสัมพันธ์	64	49.6
ตรวจสอบข่าวสาร	53	41.1
ดูทีวี ละคร หนัง	38	29.5
เล่นเกมส์	15	11.6
อื่น ๆ	13	10.1

จากตารางที่ 3 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 กรุงเทพมหานคร จำนวน 129 คน พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 7.0 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.0 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 70.61 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.84 ปี) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่แต่งงาน ร้อยละ 42.6 รองลงมา หม้าย ร้อยละ 30.2 ตามด้วย โสด และ หย่า/แยกกันอยู่ ตามลำดับ ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 40.3 และมีรายได้ปัจจุบัน ร้อยละ 68.2 มีฐานรายได้ต่อเดือนเท่ากับ 7,500 บาท (ค่าพิสัยควอไทล์เท่ากับ 3,250 – 11,750 บาท) ที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ได้จากสามี/ลูก ร้อยละ 45.7 รองลงมา คือ การทำงาน/ลงทุน และเบี้ยผู้สูงอายุ/อสม. ร้อยละ 37.2 และ 33.3 ตามลำดับ ความเพียงพอของรายได้ส่วนมากเพียงพอ ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 43.4 จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มี 3 คน (ค่าพิสัยควอไทล์เท่ากับ 3-5 คน) ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ส่วนใหญ่คือ บุตร ร้อยละ 52.7 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ คือ สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 73.6 ส่วนมากงานอดิเรก/กิจกรรมยามว่าง คือ ดูทีวี ร้อยละ 58.1 มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 78.3 จำนวนวันที่ออกกำลังกายส่วนมาก 4 วัน/สัปดาห์ (ค่าพิสัยควอไทล์เท่ากับ 3-5 วัน/สัปดาห์) ส่วนใหญ่มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 62.8 จำนวนที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ 2 ชั่วโมง/วัน (ค่าพิสัยควอไทล์เท่ากับ 2-4 ชั่วโมง/วัน) สื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้เป็นประจำ คือ line ร้อยละ 61.2 เหตุผลในการใช้ เพื่อติดต่อสื่อสาร สนทนา สร้างความสัมพันธ์ ร้อยละ 49.6

1.2 ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย

ตารางที่ 4 ข้อมูลปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 กรุงเทพ (n=129)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการใช้สารเสพติด		
แอลกอฮอล์ (สุรา,ไวน์, ฯลฯ)		
ไม่ใช่	127	98.4
ใช้บางครั้ง	2	1.6
บุหรี่		
ไม่ใช่	129	100.0
กาแฟ / ชา		

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ใช้	54	41.9
ใช้บางครั้ง	40	31.0
ใช้เป็นประจำ	35	27.1
โรคประจำตัว		
ไม่มี	29	22.5
โรคความดันโลหิตสูง	64	49.6
โรคไขมันในเลือดสูง	39	30.2
โรคเบาหวาน	23	17.8
โรคข้อเสื่อม	13	10.1
โรคหัวใจ	9	7.0
โรคไต	2	1.6
โรคอื่น ๆ	11	8.5
ประวัติโรคทางจิตเวช		
ไม่มี	110	85.3
โรควิตกกังวล	5	3.9
โรคซึมเศร้า	2	1.6
โรคสมองเสื่อม/ความจำเสื่อม	6	4.7
โรคอื่น ๆ	5	3.9
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
ภาวะพึ่งพิงปานกลาง (5 - 8 คะแนน)	27	20.9
ดำรงชีวิตอย่างอิสระ (9 คะแนน)	102	79.1
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.63 ± 0.83 , ค่าต่ำสุด = 5, ค่าสูงสุด = 9		

จากตารางที่ 4 แสดงข้อมูลปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 กรุงเทพมหานคร จำนวน 129 คน พบว่าส่วนมากไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 98.4 ไม่ใช้บุหรี่ ร้อยละ 100.0 ไม่ดื่มกาแฟ/ชา ร้อยละ 41.9 โรคประจำตัว

ส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 49.6 รองลงมา โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 30.2 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช ร้อยละ 85.3 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดำรงชีวิตอย่างอิสระ ร้อยละ 79.1

1.3 ปัจจัยด้านการทำงาน

ตารางที่ 5 ข้อมูลปัจจัยด้านการทำงานของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งงานก่อนเกษียณ		
ไม่ได้ทำงาน	8	6.2
ทำงาน	45	34.9
ไม่ระบุ	76	58.9
รายได้ก่อนการเกษียณ (บาท/เดือน),(n = 45); ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยควอไทล์)	15,000	10,000 – 20,000
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2,2844.44 \pm 2,2181.23, ค่าต่ำสุด = 2,000, ค่าสูงสุด = 100,000		

จากตารางที่ 5 แสดงข้อมูลปัจจัยด้านการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าตำแหน่งงานก่อนเกษียณส่วนใหญ่ไม่ระบุ ร้อยละ 58.9 รองลงมาเป็น พนักงานบริษัท ประกอบธุรกิจส่วนตัว/ลงทุน และไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน ร้อยละ 17.8, 17.1 และ 6.2 ตามลำดับ รายได้ก่อนการเกษียณส่วนมาก 15,000 บาท/เดือน (ค่าพิสัยควอไทล์เท่ากับ 10,000 – 20,000 บาท/เดือน, ค่าต่ำสุด = 2000, ค่าสูงสุด = 100,000)

1.4 ปัจจัยทางจิตสังคม

ตารางที่ 6 ข้อมูลปัจจัยทางจิตสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต		
ด้านสุขภาพ		
ระดับต่ำ (< 0.13 คะแนน)	36	27.9
ระดับปานกลาง (0.13 - 2.41 คะแนน)	73	56.6
ระดับสูง (> 2.41 คะแนน)	20	15.5
Mean±SD = 1.27±1.14 คะแนน, Min = 0 คะแนน, Max = 5 คะแนน		
ด้านครอบครัว		
ระดับต่ำ (< 0.60 คะแนน)	16	12.4
ระดับปานกลาง (0.60 - 3.84 คะแนน)	86	66.7
ระดับสูง (> 3.84 คะแนน)	27	20.9
Mean±SD = 2.22±1.62 คะแนน, Min = 0 คะแนน, Max = 6 คะแนน		
ด้านเศรษฐกิจ		
ระดับต่ำ (= 0 คะแนน)	91	70.5
ระดับปานกลาง (0.01 - 1.13 คะแนน)	29	22.5
ระดับสูง (> 1.13 คะแนน)	9	7.0
Mean±SD = 0.40±0.73 คะแนน, Min = 0 คะแนน, Max = 4 คะแนน		
ด้านการงาน		
ระดับต่ำ (= 0 คะแนน)	110	85.2
ระดับปานกลาง (0.01 - 1.06 คะแนน)	14	10.9
ระดับสูง (> 1.06 คะแนน)	5	3.9
Mean±SD = 0.26±0.80 คะแนน, Min = 0 คะแนน, Max = 5 คะแนน		
ด้านสังคม		
ระดับต่ำ (= 0 คะแนน)	107	82.9
ระดับปานกลาง (0.01 - 0.71 คะแนน)	0	0

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (> 0.71 คะแนน)	22	17.1
Mean±SD = 0.21±0.50 คะแนน, Min = 0 คะแนน, Max = 2 คะแนน		
การมีส่วนร่วมในสังคม		
ระดับต่ำ (< 32.98 คะแนน)	18	14.0
ระดับปานกลาง (32.98 - 44.57 คะแนน)	92	71.3
ระดับสูง (> 44.57 คะแนน)	19	14.7
Mean±SD = 38.77±5.80 คะแนน, Min = 21 คะแนน, Max = 50 คะแนน		
การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ		
ประชุม	111	86.0
กิจกรรมตรวจสอบสุขภาพประจำปี	73	56.6
กิจกรรมออกกำลังกาย	62	48.1
กิจกรรมประเพณี/ศาสนา	46	35.7
กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์/จิตอาสา	37	28.7
กิจกรรมทัศนศึกษา	21	16.3
ฝึกสมาธิ	20	15.5
กิจกรรมฝึกอาชีพ	12	9.3
กิจกรรมนันทนาการ	9	7.0
อื่น ๆ	2	1.6

จากตารางที่ 6 แสดงข้อมูลปัจจัยทางจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ความรุนแรงของเหตุการณ์ ความเครียดในชีวิต พบว่าด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว และการมีส่วนร่วมในสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.6, 66.7, และ 71.3 ตามลำดับ ด้านเศรษฐกิจ ด้านการงาน และด้านสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 70.5, 85.2, และ 82.9 ตามลำดับ การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมประชุมมากที่สุด รองลงมาคือกิจกรรมตรวจสอบสุขภาพประจำปี และกิจกรรมออกกำลังกาย ร้อยละ 86.0 56.6 และ 48.1 ตามลำดับ

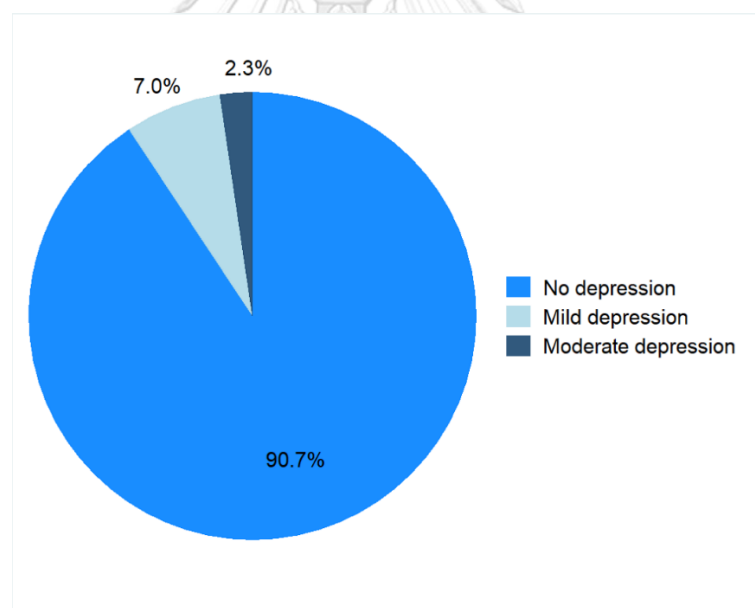
ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 7 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-12 คะแนน)	117	90.7
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (13-18 คะแนน)	9	7.0
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (19-24 คะแนน)	3	2.3
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (25-30 คะแนน)	0	0.0

Mean±SD = 4.81±4.65 คะแนน, Min = 0 คะแนน, Max = 20 คะแนน

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 90.7) รองลงมา คือ มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 7.0) มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (ร้อยละ 2.3) และไม่พบมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง



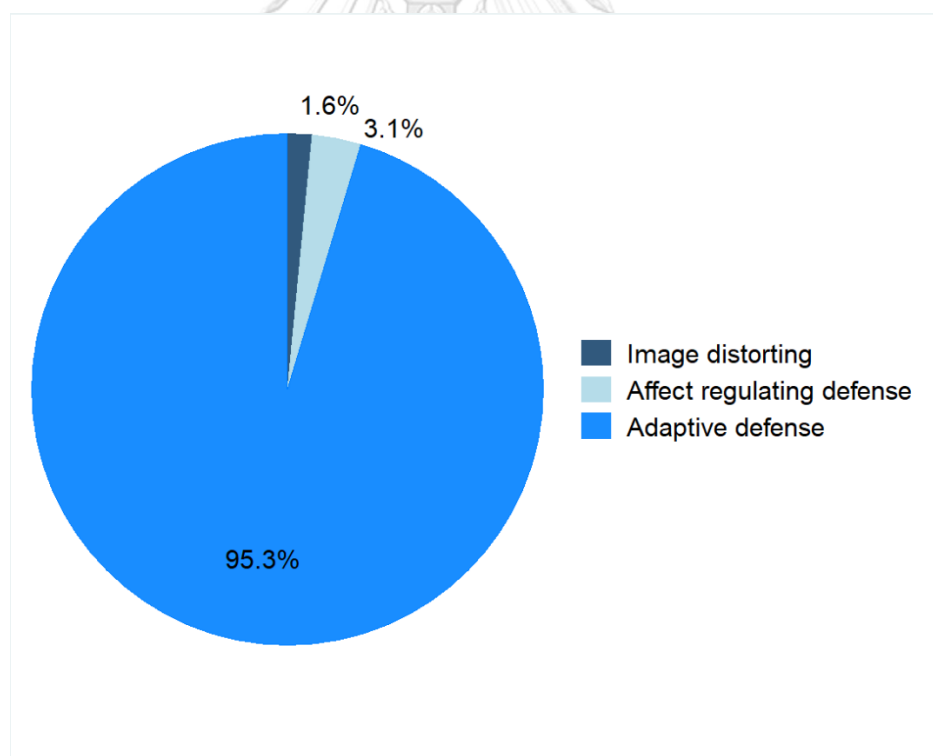
รูปที่ 1 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7

ส่วนที่ 3 ข้อมูลรูปแบบการป้องกันทางจิต

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของรูปแบบการป้องกันทางจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7

รูปแบบการป้องกันทางจิต	จำนวน	ร้อยละ
Image Distorting Defenses	2	1.6
Affect Regulating Defenses	4	3.1
Adaptive Defenses	123	95.3

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตในกลุ่ม Adaptive Defenses มากที่สุด (ร้อยละ 95.3) รองลงมาคือ กลุ่ม Affect Regulating Defenses (ร้อยละ 3.1) และกลุ่ม Image Distorting Defenses (ร้อยละ 1.6) ตามลำดับ



รูปที่ 2 รูปแบบการป้องกันทางจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของรูปแบบการป้องกันทางจิต
ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7

รูปแบบการป้องกันทางจิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วน		
		เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
Image Distorting Defenses	4.09	1.06	1.20	6.55
Undoing	5.84	1.87	1.00	9.00
Idealization	5.46	2.10	1.00	9.00
Displacement	4.91	1.69	1.00	9.00
Help-rejecting Complaining	4.05	1.99	1.00	9.00
Splitting other	4.03	1.72	1.00	8.50
Projection	3.61	1.65	1.00	8.50
Projective identification	3.48	1.76	1.00	9.00
Passive-Aggressive	3.29	1.67	1.00	7.00
Splitting self	3.24	1.74	1.00	8.00
Acting-Out	3.03	1.54	1.00	7.00
Affect Regulating Defenses	4.84	0.94	3.36	7.50
Affiliation	6.48	1.84	1.00	9.00
Withdrawal	5.87	2.25	1.00	9.00
Suppression	5.72	1.86	1.00	9.00
Intellectualization	5.35	1.80	1.50	9.00
Isolation	5.26	1.99	1.00	9.00
Repression	5.10	1.82	1.00	9.00
Denial	4.71	1.89	1.00	9.00
Dissociation	4.27	1.79	1.00	8.50
Fantasy	4.16	2.08	1.00	8.00
Devaluation of other	3.38	1.99	1.00	9.00

รูปแบบการป้องกันทางจิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วน		
		เบี่ยงเบน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
		มาตรฐาน		
Devaluation self	2.93	1.93	1.00	7.50
Adaptive Defenses	6.04	1.13	2.89	8.11
Altruism	6.83	1.41	3.50	9.00
Anticipation	6.76	1.70	2.00	9.00
Sublimation	6.71	1.82	2.50	9.00
Self-assertion	6.31	2.03	1.00	9.00
Rationalization	6.27	1.77	1.00	9.00
Self-observation	5.85	1.98	1.00	9.00
Humor	5.57	1.99	1.50	9.00
Omnipotence	5.45	1.88	1.00	9.00
Reaction Formation	4.61	1.77	1.00	9.00

ตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้การป้องกันทางจิตในกลุ่ม Image Distorting Defenses ส่วนใหญ่ใช้การป้องกันทางจิตรูปแบบ Undoing สูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 5.84, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.87) รองลงมา คือ Idealization (ค่าเฉลี่ย = 5.46, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.10) และ Displacement (ค่าเฉลี่ย = 4.91, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.69) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การป้องกันทางจิตในกลุ่ม Affect Regulating Defenses ส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตรูปแบบ Affiliation สูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 6.48, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.84) รองลงมา คือ Withdrawal (ค่าเฉลี่ย = 5.87, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.25) และ Suppression (ค่าเฉลี่ย = 5.72, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.86) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การป้องกันทางจิตในกลุ่ม Adaptive Defenses ส่วนใหญ่ใช้การป้องกันทางจิตรูปแบบ Altruism สูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 6.83, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.41) รองลงมา คือ Anticipation (ค่าเฉลี่ย = 6.76, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.70) และ Sublimation (ค่าเฉลี่ย = 6.71, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.82)

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's Exact Test ตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's Exact Test (N = 129)

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 117)		มีภาวะซึมเศร้า (n = 12)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยส่วนบุคคล						
เพศ					14.162	†0.004**
หญิง	112	95.7	8	66.7		
ชาย	5	4.3	4	33.3		
อายุ (ปี)					0.648	0.421
60 – 70	63	53.8	5	41.7		
71 ปีขึ้นไป	54	46.2	7	58.3		
สถานภาพสมรส					0.468	0.494
แต่งงาน	51	43.6	4	33.3		
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกัน	66	56.4	8	66.7		
อยู่						
ระดับการศึกษา					0.007	0.933
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	60	51.3	6	50.0		
มัธยมศึกษา/ปริญญาตรี	57	48.7	6	50.0		
ขึ้นไป						
รายได้ปัจจุบัน					0.596	†0.518
ไม่มีรายได้	36	30.8	5	41.7		
มีรายได้	81	69.2	7	58.3		

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ที่มาของรายได้						
เบี้ยผู้สูงอายุ, อสม.					3.721	^f 0.103
ไม่มี	81	69.2	5	41.7		
มี	36	30.8	7	58.3		
สามี/ลูก					7.458	0.006**
ไม่มี	59	50.4	11	91.7		
มี	58	49.6	1	8.3		
เงินบำนาญ/เงินเก็บ					0.533	^f 1.000
ไม่มี	112	95.7	12	100.0		
มี	5	4.3	0	0.0		
การทำงาน/ลงทุน					0.113	0.761
ไม่มี	74	63.2	7	58.3		
มี	43	36.8	5	41.7		
ความเพียงพอของรายได้					0.753	^f 0.472
เพียงพอ	91	77.8	8	66.7		
ไม่เพียงพอ	26	22.2	4	33.3		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว					0.403	0.526
(คน)						
1 – 3	60	51.3	5	41.7		
4 คนเป็นต้นไป	57	48.7	7	58.3		
ผู้ดูแลหลักในครอบครัว					1.033	^f 0.459
สามี/ภรรยา/บุตร	93	79.5	11	91.7		
พี่น้อง/ไม่มีผู้ดูแล	24	20.5	1	8.3		

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 117)		มีภาวะซึมเศร้า (n = 12)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สิทธิในการรักษาพยาบาล						
สิทธิประกันสังคม					1.932	^f 0.171
ไม่มี	104	88.9	9	75.0		
มี	13	11.1	3	25.0		
สิทธิบัตรทอง					0.013	^f 1.000
ไม่มี	31	26.5	3	25.0		
มี	86	73.5	9	75.0		
สิทธิประกันสุขภาพ					0.423	^f 1.000
ไม่มี	113	96.6	12	100.0		
มี	4	3.4	0	0.0		
สิทธิบัตรผู้พิการ					0.533	^f 1.000
ไม่มี	112	95.7	12	100.0		
มี	5	4.3	0	0.0		
สิทธิข้าราชการบำนาญ					0.103	^f 1.000
ไม่มี	116	99.1	12	100.0		
มี	1	0.9	0	0.0		
งานอดิเรก/กิจกรรมยามว่าง						
ดูทีวี					0.000	0.989
ไม่ใช่	49	41.9	5	41.7		
ใช่	68	58.1	7	58.3		
อ่านหนังสือ					0.060	^f 0.753
ไม่ใช่	82	70.1	8	66.7		
ใช่	35	29.9	4	33.3		

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 117)		มีภาวะซึมเศร้า (n = 12)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พบปะสังสรรค์เพื่อน ๆ					0.000	0.989
ไม่ใช่	68	58.1	7	58.3		
ใช่	49	41.9	5	41.7		
เลี้ยงสัตว์					2.871	^f 0.123
ไม่ใช่	94	80.3	12	100.0		
ใช่	23	19.7	0	0.0		
เล่นเกมส์/เล่นไพ่					0.992	^f 1.000
ไม่ใช่	108	92.3	12	100.0		
ใช่	9	7.7	0	0.0		
ทำกิจกรรมบำเพ็ญ ประโยชน์/จิตอาสา					0.322	^f 0.731
ไม่ใช่	89	76.1	10	83.3		
ใช่	28	23.9	2	16.7		
ออกกำลังกาย						
ไม่ออกกำลังกาย	24	20.5	4	33.3	1.053	^f 0.291
ออกกำลังกาย	93	79.5	8	66.7		
การใช้สื่อสังคมออนไลน์						
ไม่ใช้	43	36.8	5	41.7	0.113	^f 0.761
ใช้	74	63.2	7	58.3		
ปัจจัยด้านสุขภาพและการ เจ็บป่วย						
ประวัติการใช้สารเสพติด						

ปัจจัย	ภาวะซีมีเศร้า				χ^2	p-value
	ไม่มีภาวะซีมีเศร้า (n = 117)		มีภาวะซีมีเศร้า (n = 12)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
แอลกอฮอล์ (สุรา, ไวน์, ฯลฯ)					0.208	^f 1.000
ไม่ใช้	115	98.3	12	100.0		
ใช้	2	1.7	0	0.0		
บุหรื					-	-
ไม่ใช้	117	100.0	12	100.0		
ใช้	0	0.0	0	0.0		
กาแฟ / ชา					0.395	0.530
ไม่ใช้	50	42.7	4	33.3		
ใช้	67	57.3	8	66.7		
โรคประจำตัว						
โรคเบาหวาน					2.171	^f 0.225
ไม่มี	98	83.8	8	66.7		
มี	19	16.2	4	33.3		
โรคไต					19.807	^f 0.008**
ไม่มี	117	100.0	10	83.3		
มี	0	0.0	2	16.7		
โรคไขมันในเลือดสูง					0.060	^f 0.753
ไม่มี	82	70.1	8	66.7		
มี	35	29.9	4	33.3		
โรคหัวใจ					0.992	^f 1.000
ไม่มี	108	92.3	12	100.0		
มี	9	7.7	0	0.0		

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 117)		มีภาวะซึมเศร้า (n = 12)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
โรคความดันโลหิตสูง					0.403	0.526
ไม่มี	60	51.3	5	41.7		
มี	57	48.7	7	58.3		
โรคข้อเสื่อม					0.634	^f 0.346
ไม่มี	106	90.6	10	83.3		
มี	11	9.4	2	16.7		
ประวัติโรคทางจิตเวช					8.463	^f 0.013*
ไม่มี	104	88.9	7	58.3		
มี	13	11.1	5	41.7		
ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน					6.756	^f 0.018*
ภาวะพึงพิงปานกลาง	21	17.9	6	50.0		
ดำรงชีวิตอย่างอิสระ	96	82.1	6	50.0		
ปัจจัยด้านการทำงาน						
ตำแหน่งงานก่อนเกษียณ					1.866	-
ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน	8	6.9	0	0.0		
ทำงาน	39	33.3	6	50.0		
ไม่ระบุ	70	59.8	6	50.0		
รายได้ก่อนการเกษียณ (บาท/เดือน) ^a					0.496	-
น้อยกว่า 10,000 บาท	8	20.5	1	16.7		
10,000 – 20,000	23	59.0	3	50.0		
มากกว่า 20,000 บาท	8	20.5	2	33.3		

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 117)		มีภาวะซึมเศร้า (n = 12)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยทางจิตสังคม						
ความรุนแรงของเหตุการณ์						
ความเครียดในชีวิต						
ด้านสุขภาพ					1.376	0.503
ระดับต่ำ	34	29.1	2	16.7		
ระดับกลาง	66	56.4	7	58.3		
ระดับสูง	17	14.5	3	25.0		
ด้านครอบครัว					1.884	0.390
ระดับต่ำ	16	13.7	0	0.0		
ระดับกลาง	77	65.8	9	75.0		
ระดับสูง	24	20.5	3	25.0		
ด้านเศรษฐกิจ					13.206	^f 0.001**
ระดับต่ำ	88	75.2	3	25.0		
ระดับกลางถึงสูง	29	24.8	9	75.0		
ด้านการทำงาน					5.810	^f 0.068
ระดับต่ำถึงกลาง	114	97.4	10	83.3		
ระดับสูง	3	2.6	2	16.7		
ด้านสังคม					15.937	^f 0.001**
ระดับต่ำ	102	87.2	5	41.7		
ระดับสูง	15	12.8	7	58.3		
การมีส่วนร่วมในสังคม						
ระดับต่ำ	14	12.0	4	33.3	5.550	0.062

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับกลาง	84	71.8	8	66.7		
ระดับสูง	19	16.2	0	0.0		
การเข้าร่วมกิจกรรมใน						
ชมรมผู้สูงอายุ						
ประชุม					2.146	^f 0.215
ไม่เข้าร่วม	18	15.4	0	0.0		
เข้าร่วม	99	84.6	12	100.0		
กิจกรรมออกกำลังกาย					8.366	0.004**
ไม่เข้าร่วม	56	47.9	11	91.7		
เข้าร่วม	61	52.1	1	8.3		
ฝึกสมาธิ					0.519	^f 0.690
ไม่เข้าร่วม	98	83.8	11	91.7		
เข้าร่วม	19	16.2	1	8.3		
กิจกรรมฝึกอาชีพ					1.357	^f 0.602
ไม่เข้าร่วม	105	89.7	12	100.0		
เข้าร่วม	12	10.3	0	0.0		
กิจกรรมทัศนศึกษา					2.573	^f 0.213
ไม่เข้าร่วม	96	82.1	12	100.0		
เข้าร่วม	21	17.9	0	0.0		
กิจกรรมนันทนาการ					0.992	^f 1.000
ไม่เข้าร่วม	108	92.3	12	100.0		
เข้าร่วม	9	7.7	0	0.0		
กิจกรรมบำเพ็ญ					5.321	^f 0.019*

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประโยชน์/ จิตอาสา						
ไม่เข้าร่วม	80	68.4	12	100.0		
เข้าร่วม	37	31.6	0	0.0		
กิจกรรมประเพณี/ศาสนา					4.306	†0.055
ไม่เข้าร่วม	72	61.5	11	91.7		
เข้าร่วม	45	38.5	1	8.3		
กิจกรรมตรวจสอบสุขภาพ ประจำปี					0.234	0.629
ไม่เข้าร่วม	50	42.7	6	50.0		
เข้าร่วม	67	57.3	6	50.0		

a = N ≠ 129

f = Fisher's exact test

* Significant at p-value < 0.05

** Significant at p-value < 0.01

จากตารางที่ 10 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และที่มาของรายได้จากสามี/ลูก ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว (โรคไต) ประวัติโรคทางจิตเวช และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ (ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต) ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม และการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ กิจกรรมออกกำลังกาย และกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์/จิตอาสา เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การป้องกันทางจิตถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ รูปแบบการป้องกันทางจิตกลุ่มปรับตัวได้ (Adaptive defense) จำนวน 123 คน และกลุ่มรูปแบบการป้องกันทางจิตกลุ่มปรับตัวไม่ได้ ประกอบด้วย Image distorting defense และ Affect regulating defense จำนวน 6 คน ตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยทางจิตสังคมกับรูปแบบการป้องกันทางจิตในกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's Exact Test (N = 129)

ปัจจัย	การป้องกันทางจิต				χ^2	p-value
	กลุ่มปรับตัวได้ (n = 123)		กลุ่มปรับตัวไม่ได้ (n = 6)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยส่วนบุคคล						
เพศ					0.472	^f 1.000
หญิง	114	92.7	6	100.0		
ชาย	9	7.3	0	0.0		
อายุ (ปี)					0.492	^f 0.683
60 – 70	64	52	4	66.7		
71 ปีขึ้นไป	59	48	2	33.3		
สถานภาพสมรส					1.486	^f 0.401
แต่งงาน	51	41.5	4	66.7		
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	72	58.5	2	33.3		
ระดับการศึกษา					0.605	^f 0.681
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	62	50.4	4	66.7		
มัธยมศึกษา/ปริญญาตรีขึ้นไป	61	49.6	2	33.3		
รายได้ปัจจุบัน					0.963	^f 0.381
ไม่มีรายได้	38	30.9	3	50.0		
มีรายได้	85	69.1	3	50.0		

ปัจจัย	การป้องกันทางจิต				χ^2	p-value
	กลุ่มปรับตัวได้ (n = 123)		กลุ่มปรับตัวไม่ได้ (n = 6)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ที่มาของรายได้						
เบี้ยผู้สูงอายุ, อสม.					0.787	^f 0.663
ไม่มี	81	65.9	5	83.3		
มี	42	34.1	1	16.7		
สามี/ลูก					1.111	^f 0.411
ไม่มี	68	55.3	2	33.3		
มี	55	44.7	4	66.7		
เงินบำนาญ/เงินเก็บ					0.254	^f 1.000
ไม่มี	118	95.9	6	100.0		
มี	5	4.1	0	0.0		
การทำงาน/ลงทุน					1.137	^f 0.411
ไม่มี	76	61.8	5	83.3		
มี	47	38.2	1	16.7		
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	93	75.6	6	100.0	1.907	^f 0.335
ไม่เพียงพอ	30	24.4	0	0.0		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)						
1 – 3	63	51.2	2	33.3	0.732	^f 0.440
4 คนเป็นต้นไป	60	48.8	4	66.7		
ผู้ดูแลหลักในครอบครัว						
สามี/ภรรยา/บุตร	98	79.7	6	100.0	1.513	^f 0.596
พี่น้อง/ไม่มีผู้ดูแล	25	20.3	0	0.0		

ปัจจัย	การป้องกันทางจิต				χ^2	p-value
	กลุ่มปรับตัวได้ (n = 123)		กลุ่มปรับตัวไม่ได้ (n = 6)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สิทธิในการรักษาพยาบาล					2.537	^f 0.161
สิทธิประกันสังคม						
ไม่มี	109	88.6	4	66.7		
มี	14	11.4	2	33.3		
สิทธิบัตรทอง					2.252	^f 0.340
ไม่มี	34	27.6	0	0.0		
มี	89	72.4	6	100		
สิทธิประกันสุขภาพ					0.201	^f 1.000
ไม่มี	119	96.7	6	100.0		
มี	4	3.3	0	0.0		
สิทธิบัตรผู้พิการ					0.254	^f 1.000
ไม่มี	118	95.9	6	100.0		
มี	5	4.07	0	0.0		
สิทธิข้าราชการบำนาญ					0.049	^f 1.000
ไม่มี	122	99.2	6	100.0		
มี	1	0.8	0	0.0		
งานอดิเรก/กิจกรรมยามว่าง						
ดูทีวี					4.531	^f 0.040*
ไม่ใช่	54	43.9	0	0.0		
ใช่	69	56.1	6	100.0		
อ่านหนังสือ					2.727	^f 0.177
ไม่ใช่	84	68.3	6	100.0		
ใช่	39	31.7	0	0.0		

ปัจจัย	การป้องกันทางจิต				χ^2	p-value
	กลุ่มปรับตัวได้ (n = 123)		กลุ่มปรับตัวไม่ได้ (n = 6)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พบปะสังสรรค์เพื่อน ๆ					1.591	^f 0.236
ไม่ใช่	73	59.3	2	33.3		
ใช่	50	40.7	4	66.7		
เลี้ยงสัตว์					1.365	^f 0.590
ไม่ใช่	100	81.3	6	100.0		
ใช่	23	18.7	0	0.0		
เล่นเกมส์/เล่นไพ่					0.472	^f 1.000
ไม่ใช่	114	92.7	6	100.0		
ใช่	9	7.3	0	0.0		
ทำกิจกรรมบำเพ็ญ ประโยชน์/จิตอาสา					0.358	^f 0.623
ไม่ใช่	95	77.2	4	66.7		
ใช่	28	22.8	2	33.3		
ออกกำลังกาย					1.745	^f 0.339
ไม่ออกกำลังกาย	28	22.8	0	0.0		
ออกกำลังกาย	95	77.2	6	100.0		
การใช้สื่อสังคมออนไลน์					0.040	^f 1.000
ไม่ใช่	46	37.4	2	33.3		
ใช่	77	62.6	4	66.7		
ปัจจัยด้านสุขภาพและการ เจ็บป่วย						
ประวัติการใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์ (สุรา,ไวน์,ฯลฯ)					0.099	^f 1.000

ปัจจัย	การป้องกันทางจิต				χ^2	p-value
	กลุ่มปรับตัวได้ (n = 123)		กลุ่มปรับตัวไม่ได้ (n = 6)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ไม่ใช้	121	98.4	6	100.0		
ใช้	2	1.6	0	0.0		
บุหรี					-	-
ไม่ใช้	123	100	6	100.0		
ใช้	0	0	0	0.0		
กาแฟ / ชา					0.188	^f 1.000
ไม่ใช้	52	42.3	2	33.3		
ใช้	71	57.7	4	66.7		
โรคประจำตัว						
โรคเบาหวาน					1.032	^f 0.290
ไม่มี	102	82.9	4	66.7		
มี	21	17.1	2	33.3		
โรคไต					41.646	^f 0.002**
ไม่มี	123	100	4	66.7		
มี	0	0	2	33.3		
โรคไขมันในเลือดสูง					3.960	^f 0.068
ไม่มี	88	71.5	2	33.3		
มี	35	28.5	4	66.7		
โรคหัวใจ					6.736	^f 0.056
ไม่มี	116	94.3	4	66.7		
มี	7	5.69	2	33.3		
โรคความดันโลหิตสูง					0.667	^f 0.680
ไม่มี	61	49.6	4	66.7		

ปัจจัย	การป้องกันทางจิต				χ^2	p-value
	กลุ่มปรับตัวได้ (n = 123)		กลุ่มปรับตัวไม่ได้ (n = 6)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มี	62	50.4	2	33.3		
โรคข้อเสื่อม					0.705	^f 1.000
ไม่มี	110	89.4	6	100.0		
มี	13	10.6	0	0.0		
ประวัติโรคทางจิตเวช					0.019	^f 1.000
ไม่มี	105	85.4	5	83.3		
มี	18	14.6	1	16.7		
ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน					0.585	^f 0.605
ภาวะพึงพิงปานกลาง	25	20.3	2	33.3		
ดำรงชีวิตอย่างอิสระ	98	79.7	4	66.7		
ปัจจัยด้านการทำงาน						
ตำแหน่งงานก่อนเกษียณ					0.887	0.642
ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน	8	6.5	0	0.0		
ทำงาน	42	34.1	3	50.0		
ไม่ระบุ	73	59.3	3	50.0		
รายได้ก่อนการเกษียณ (บาท/ เดือน) ^a					3.832	0.147
น้อยกว่า 10,000 บาท	9	21.4	0	0.0		
10,000 – 20,000	25	59.5	1	33.3		
มากกว่า 20,000 บาท	8	19.1	2	66.7		
ปัจจัยทางจิตสังคม						
ความรุนแรงของเหตุการณ์						

ปัจจัย	การป้องกันทางจิต				χ^2	p-value
	กลุ่มปรับตัวได้ (n = 123)		กลุ่มปรับตัวไม่ได้ (n = 6)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความเครียดในชีวิต						
ด้านสุขภาพ					1.527	^f 0.233
ระดับต่ำถึงกลาง	105	85.4	4	66.7		
ระดับสูง	18	14.6	2	33.3		
ด้านครอบครัว					1.243	0.537
ระดับต่ำถึงกลาง	98	79.7	4	66.7		
ระดับสูง	25	20.3	2	33.3		
ด้านเศรษฐกิจ					4.193	^f 0.041*
ระดับต่ำ	89	72.4	2	33.3		
ระดับกลางถึงสูง	34	27.6	4	66.7		
ด้านการทำงาน					14.656	^f 0.017*
ระดับต่ำถึงกลาง	120	97.6	4	66.7		
ระดับสูง	3	2.4	2	33.3		
ด้านสังคม					1.179	^f 0.271
ระดับต่ำ	103	83.7	4	66.7		
ระดับสูง	20	16.3	2	33.3		
การมีส่วนร่วมในสังคม					1.020	^f 0.594
ระดับต่ำ	18	14.6	0	0.0		
ระดับกลางถึงสูง	105	85.4	6	100.0		
การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรม						
ผู้สูงอายุ						
ประชุม					1.968	^f 0.196
ไม่เข้าร่วม	16	13	2	33.3		

ปัจจัย	การป้องกันทางจิต				χ^2	p-value
	กลุ่มปรับตัวได้ (n = 123)		กลุ่มปรับตัวไม่ได้ (n = 6)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เข้าร่วม	107	87	4	66.7		
กิจกรรมออกกำลังกาย					0.547	^f 0.681
ไม่เข้าร่วม	63	51.2	4	66.7		
เข้าร่วม	60	48.8	2	33.3		
ฝึกสมาธิ					1.155	^f 0.589
ไม่เข้าร่วม	103	83.7	6	100.0		
เข้าร่วม	20	16.3	0	0.0		
กิจกรรมฝึกอาชีพ					0.645	^f 1.000
ไม่เข้าร่วม	111	90.2	6	100.0		
เข้าร่วม	12	9.76	0	0.0		
กิจกรรมทัศนศึกษา					1.343	^f 0.252
ไม่เข้าร่วม	104	84.6	4	66.7		
เข้าร่วม	19	15.4	2	33.3		
กิจกรรมนันทนาการ					0.472	^f 1.000
ไม่เข้าร่วม	114	92.7	6	100.0		
เข้าร่วม	9	7.32	0	0.0		
กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์/ จิตอาสา					2.531	^f 0.181
ไม่เข้าร่วม	86	69.9	6	100.0		
เข้าร่วม	37	30.1	0	0.0		
กิจกรรมประเพณี/ศาสนา					0.015	^f 1.000
ไม่เข้าร่วม	79	64.2	4	66.7		
เข้าร่วม	44	35.8	2	33.3		

ปัจจัย	การป้องกันทางจิต				χ^2	p-value
	กลุ่มปรับตัวได้ (n = 123)		กลุ่มปรับตัวไม่ได้ (n = 6)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
กิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปี					1.385	^f 0.402
ไม่เข้าร่วม	52	42.3	4	66.7		
เข้าร่วม	71	57.7	2	33.3		

a = N ≠ 129

f = Fisher's exact test

* Significant at p-value < 0.05

** Significant at p-value < 0.01

จากตารางที่ 11 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การดูทีวี ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ การมีโรคประจำตัวโรคไต และปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ ความเครียดในชีวิตด้านเศรษฐกิจ และด้านการทำงาน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มที่ปรับตัวไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความรุนแรงของเหตุการณ์ ความเครียดในชีวิตด้านเศรษฐกิจในระดับกลางถึงสูงสัมพันธ์กับการป้องกันทางจิตกลุ่มปรับตัวไม่ได้ แต่ทว่าความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตด้านการทำงานในระดับต่ำถึงกลางสัมพันธ์กับการป้องกันทางจิตกลุ่มปรับตัวไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรูปแบบการป้องกันทางจิตและคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficiency)

ตารางที่ 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรูปแบบการป้องกันทางจิตทั้ง 3 กลุ่มและคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7

คะแนนรูปแบบการป้องกันทางจิต	คะแนนภาวะซึมเศร้า	
	Pearson's Correlation Coefficiency	p-value
Image Distorting Defenses	0.128	0.149
Affect Regulating Defenses	0.012	0.891
Adaptive Defenses	-0.207	0.019*

* Significant at p-value < 0.05

จากตารางที่ 12 พบว่า ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ยของรูปแบบการป้องกันทางจิตทั้ง 3 กลุ่ม กับคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 โดยใช้สถิติ Pearson's Correlation Coefficiency พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับรูปแบบการป้องกันทางจิต Adaptive Defenses เท่านั้น ($r = -0.207$, $p = 0.019$) โดยไม่พบนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนภาวะซึมเศร้ากับรูปแบบ Image Distorting Defenses และ Affect Regulating Defenses

ตารางที่ 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรูปแบบการป้องกันทางจิตทั้งหมด 30 รูปแบบ และคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7

คะแนนรูปแบบการป้องกันทางจิต	คะแนนภาวะซึมเศร้า	
	Pearson's Correlation Coefficiency	p-value
Image Distorting Defenses	0.128	0.149
Displacement	0.052	0.556
Undoing	-0.241	0.006**

คะแนนรูปแบบการป้องกันทางจิต	คะแนนภาวะซึมเศร้า	
	Pearson's Correlation Coefficiency	p-value
Acting-Out	0.097	0.274
Passive-Aggressive	0.300	0.001**
Help-rejecting Complaining	0.182	0.039*
Projective identification	0.079	0.372
Splitting self	0.176	0.046*
Splitting other	0.153	0.083
Projection	0.155	0.079
Idealization	-0.042	0.640
Affect Regulating Defenses	0.012	0.891
Isolation	-0.098	0.268
Dissociation	-0.012	0.894
Affiliation	-0.263	0.003**
Intellectualization	0.191	0.031*
Suppression	-0.184	0.036*
Fantasy	0.215	0.014*
Devaluation self	0.192	0.029*
Devaluation of other	0.104	0.240
Denial	-0.141	0.111
Withdrawal	0,005	0.951
Repression	0.030	0.735
Adaptive Defenses	-0.207	0.019*
Rationalization	-0.087	0.327
Humor	-0.108	0.221
Anticipation	-0.351	<0.001**

คะแนนรูปแบบการป้องกันทางจิต	คะแนนภาวะซึมเศร้า	
	Pearson's Correlation Coefficiency	p-value
Self-assertion	-0.031	0.730
Omnipotence	0.044	0.620
Sublimation	-0.298	0.001**
Altruism	-0.056	0.527
Self-observation	-0.315	<0.001**
Reaction Formation	0.054	0.541

* Significant at p-value < 0.05

** Significant at p-value < 0.01

จากตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ยของรูปแบบการป้องกันทางจิตในรูปแบบย่อยทั้ง 30 รูปแบบ กับคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 โดยใช้สถิติ Pearson's Correlation Coefficiency พบผลความสัมพันธ์ ดังนี้

ในกลุ่ม Image Distorting Defenses พบว่า รูปแบบ Undoing มีนัยสำคัญทางสถิติในทิศทางทางลบกับคะแนนภาวะซึมเศร้า ส่วนรูปแบบ Passive-Aggressive, Help-rejecting Complaining, และ Splitting self มีนัยสำคัญทางสถิติในทิศทางบวกกับคะแนนภาวะซึมเศร้า

ในกลุ่ม Affect Regulating Defenses รูปแบบ Affiliation และ Suppression มีนัยสำคัญทางสถิติในทิศทางทางลบกับคะแนนภาวะซึมเศร้า ส่วนรูปแบบ Intellectualization, Fantasy, และ Devaluation self มีนัยสำคัญทางสถิติในทิศทางบวกกับคะแนนภาวะซึมเศร้า

ในกลุ่ม Adaptive Defenses รูปแบบ Anticipation, Sublimation, และ Self-observation มีนัยสำคัญทางสถิติในทิศทางทางลบกับคะแนนภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 14 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนรูปแบบการป้องกันทางจิตทั้ง 3 กลุ่ม ระหว่างกลุ่มของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า

รูปแบบการป้องกันทางจิต	ภาวะซึมเศร้า		t	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	มีภาวะซึมเศร้า		
	(n = 117)	(n = 12)		
	Mean±SD	Mean±SD		
Image Distorting Defenses	4.06 ± 1.05	4.44 ± 1.10	-1.181	0.240
Affect Regulating Defenses	4.83 ± 0.92	4.91 ± 1.09	-0.287	0.774
Adaptive Defenses	6.08 ± 1.07	5.62 ± 1.61	0.988	0.343

จากตารางที่ 14 พบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของรูปแบบการป้องกันทางจิตระหว่างผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ Independent samples t-test ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรูปแบบการป้องกันทางจิตระหว่างผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ 15 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนรูปแบบการป้องกันทางจิตทั้งหมด 30 รูปแบบ ระหว่างกลุ่มของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า

รูปแบบการป้องกันทางจิต	ภาวะซึมเศร้า		t	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	มีภาวะซึมเศร้า		
	(n = 117) Mean±SD	(n = 12) Mean±SD		
Image Distorting Defenses	4.06 ± 1.05	4.44 ± 1.10	-1.181	0.240
Displacement	4.94 ± 1.67	4.58 ± 1.96	0.693	0.489
Undoing	5.91 ± 1.88	5.17 ± 1.64	1.309	0.193
Acting-Out	3.02 ± 1.54	3.08 ± 1.55	-0.133	0.895
Passive-Aggressive	3.18 ± 1.58	4.42 ± 2.17	-2.487	0.014*
Help-rejecting Complaining	3.92 ± 1.99	5.33 ± 1.47	-2.381	0.019*
Projective identification	3.45 ± 1.82	3.75 ± 0.92	-0.946	0.355
Splitting self	3.18 ± 1.74	3.75 ± 1.70	-1.077	0.284
Splitting other	3.94 ± 1.68	4.92 ± 2.01	-1.878	0.063
Projection	3.59 ± 1.70	3.83 ± 1.15	-0.485	0.628
Idealization	5.45 ± 2.10	5.54 ± 2.21	-0.139	0.890
Affect Regulating Defenses	4.83 ± 0.92	4.91 ± 1.09	-0.287	0.774
Isolation	5.29 ± 1.96	5.00 ± 2.35	0.481	0.631
Dissociation	4.26 ± 1.72	4.33 ± 2.44	-0.134	0.894
Affiliation	6.63 ± 1.74	4.96 ± 2.24	3.095	0.002**
Intellectualization	5.32 ± 1.79	5.63 ± 1.92	-0.566	0.573
Suppression	5.78 ± 1.90	5.13 ± 1.32	1.170	0.244
Fantasy	4.06 ± 2.09	5.08 ± 1.90	-1.631	0.105
Devaluation self	2.87 ± 1.94	3.58 ± 1.79	-1.227	0.222
Devaluation of other	3.25 ± 1.93	4.67 ± 2.22	-2.389	0.018*
Denial	4.71 ± 1.89	4.67 ± 1.97	0.082	0.935
Withdrawal	5.93 ± 2.28	5.25 ± 1.97	0.998	0.320

รูปแบบการป้องกันทางจิต	ภาวะซึมเศร้า		t	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	มีภาวะซึมเศร้า		
	(n = 117)	(n = 12)		
	Mean±SD	Mean±SD		
Repression	5.04 ± 1.83	5.75 ± 1.59	-1.296	0.197
Adaptive Defenses	6.08 ± 1.07	5.62 ± 1.61	0.988	0.343
Rationalization	6.32 ± 1.73	5.79 ± 2.15	0.987	0.326
Humor	5.60 ± 1.98	5.29 ± 2.18	0.507	0.613
Anticipation	6.91 ± 1.62	5.29 ± 1.90	3.256	0.001**
Self-assertion	6.36 ± 2.07	5.83 ± 1.54	0.853	0.395
Omnipotence	5.38 ± 1.82	6.04 ± 2.34	-1.157	0.250
Sublimation	6.88 ± 1.73	5.00 ± 1.86	3.568	0.001**
Altruism	6.83 ± 1.38	6.79 ± 1.70	0.097	0.923
Self-observation	5.97 ± 1.99	4.75 ± 1.62	2.046	0.043*
Reaction Formation	4.50 ± 1.75	5.75 ± 1.56	-2.381	0.019*

* Significant at p-value < 0.05

** Significant at p-value < 0.01

ตารางที่ 15 พบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของรูปแบบการป้องกันทางจิตระหว่างผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ Independent Samples t-test ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการป้องกันทางจิต Image Distorting Defenses ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยรูปแบบการป้องกันทางจิตในรูปแบบ Passive-Aggressive และ Help-rejecting Complaining มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยรูปแบบการป้องกันทางจิตในรูปแบบ Passive-Aggressive 4.42 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.17) และ 3.18 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.58) ตามลำดับ (p-value = 0.014) และคะแนนเฉลี่ยการ

ป้องกันทางจิตในรูปแบบ Help-rejecting Complaining 5.33 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.47) และ 3.92 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.99) ตามลำดับ ($p\text{-value} = 0.019$)

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ด้วยวิธี Forward Likelihood Ratio โดยปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และที่มาของรายได้ที่มาจากสามี/ลูก ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว (โรคไต) ประวัติโรคทางจิตเวช และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมออกกำลังกาย และกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์/จิตอาสา และรูปแบบการป้องกันทางจิต กลุ่ม Image Distorting Defenses ได้แก่ รูปแบบ Passive-Aggressive และ Help-rejecting Complaining กลุ่ม Affect Regulating Defenses ได้แก่ รูปแบบ Affiliation และ Devaluation of Other และกลุ่ม Adaptive Defenses ได้แก่ รูปแบบ Anticipation, Sublimation, Self-observation, และ Reaction formation

ตารางที่ 16 แสดงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

ปัจจัย	B	S.E.(B)	P-value	Adjusted OR (95% CI)
ปัจจัยส่วนบุคคล				
เพศชาย	2.579	1.207	0.033*	13.183 (1.238 – 40.352)
ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย				
มีประวัติโรคทางจิตเวช	2.022	0.867	0.020*	7.554 (1.381 – 41.329)
มีภาวะฟุ้งฟิงปานกลางใน	2.229	0.950	0.019*	9.295 (1.444 – 59.841)

ปัจจัย	B	S.E.(B)	P-value	Adjusted OR (95% CI)
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				
ปัจจัยด้านจิตสังคม				
ความรุนแรงของ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ด้านเศรษฐกิจระดับกลางถึงสูง	2.415	0.857	0.005**	11.194 (2.088 – 60.001)
ความรุนแรงของ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ด้านสังคมสูง	1.865	0.885	0.035*	6.456 (1.138 – 36.620)
รูปแบบการป้องกันทางจิต				
กลุ่ม Image Distorting Defenses				
ใช้ Passive-Aggressive	2.985	1.048	0.004**	19.783 (2.538 – 67.247)
กลุ่ม Adaptive Defenses				
ไม่ใช้ Sublimation	1.953	0.782	0.013*	7.049 (1.521 – 32.671)
ใช้ Reaction Formation	2.248	0.793	0.005**	9.472 (2.002 – 44.805)

* Significant at p-value < 0.05

** Significant at p-value < 0.01

จากตารางที่ 16 ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบผลดังนี้ ด้านปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นเพศชายมีโอกาสเกิดกับภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิงถึง 13.183 เท่า (OR = 13.183, 95% CI = 1.238 – 40.352, p-value = 0.033) ด้านปัจจัยทางสุขภาพและการเจ็บป่วยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีประวัติโรคทางจิตเวชมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช (OR = 7.554, 95% CI = 1.381 – 41.329, p-value = 0.020) อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปานกลางในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่สามารถ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีอิสระ (OR = 9.295, 95% CI = 1.444 – 59.841, p-value = 0.019)

ปัจจัยด้านจิตสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตด้านเศรษฐกิจระดับกลางถึงสูง และความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตด้านสังคมสูงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่เผชิญกับเหตุการณ์ดังกล่าวในระดับต่ำ 11.194 เท่า และ 6.456 เท่า ตามลำดับ (OR = 11.194, 95% CI = 2.088 – 60.001, p-value = 0.005 และ OR = 6.456, 95% CI = 1.138 – 36.620, p-value = 0.035)

รูปแบบการป้องกันทางจิต พบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้การป้องกันทางจิตรูปแบบ Passive-Aggressive มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยได้เลือกใช้การป้องกันทางจิตรูปแบบดังกล่าว (OR = 19.783, 95% CI = 2.538 – 67.247, p-value = 0.004) ผู้สูงอายุที่เลือกใช้การป้องกันทางจิตแบบ Reaction Formation มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยได้เลือกใช้การป้องกันทางจิตรูปแบบดังกล่าว (OR = 9.472, 95% CI = 2.002 – 44.805, p-value = 0.005) และผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยเลือกใช้การป้องกันทางจิตรูปแบบ Sublimation มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เลือกใช้การป้องกันทางจิตรูปแบบดังกล่าว (OR = 7.049, 95% CI = 1.521 – 32.671, p-value = 0.013)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องภาวะซึมเศร้า รูปแบบการป้องกันทางจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Design) เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า รูปแบบการป้องกันทางจิต รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและรูปแบบการป้องกันทางจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมด 6 ส่วน ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินรูปแบบการป้องกันทางจิต (The Defense Style Questionnaire-60; DSQ-60) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale; TGDS30) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปี และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีจุฬา เอดีแอล (Chula ADL Index) โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 27 พฤศจิกายน 2563 ถึง 25 ธันวาคม 2563 ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ทั้งหมด 129 คน

ข้อมูลจากการเก็บรวบรวมแบบสอบถามทั้ง 6 ส่วน ถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป (SPSS version 25) เพื่อตอบคำถามการวิจัย ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนาเพื่อใช้ในการบรรยายลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่ามัธยฐาน และค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ จากนั้นใช้สถิติ Chi-square, Fisher's Exact Test และ Pearson's Correlation Coefficiency เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยการทำงาน ปัจจัยทางจิตสังคม รูปแบบการป้องกันทางจิต กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรูปแบบกลไกป้องกันทางจิตระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติ Independent t-test และการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีส่วนทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอย ได้แก่ Logistic Regression

สรุปผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 กรุงเทพมหานคร จำนวน 129 คน โดยภาพรวมของปัจจัยส่วนบุคคลเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 93.0) เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 70.6 อายุสูงสุดที่ให้ข้อมูล คือ 88 ปี ด้านสถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 57.4) เป็นผู้ที่โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ด้านการศึกษามีอัตราที่ใกล้เคียงกัน กล่าวคือ ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา ร้อยละ 51.2 และระดับมัธยมศึกษา/ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 31.8 เป็นผู้ที่ไม่มีรายได้ รายได้ต่ำสุดที่ระบุ คือ 600 บาท และสูงสุด คือ 30,000 บาท โดยช่องทางของรายได้ส่วนใหญ่มาจากทั้ง สามี/ลูก (ร้อยละ 45.7) การทำงาน/ลงทุน เบี้ยผู้สูงอายุ อสม. และเงินบำนาญ/เงินเก็บ ตามลำดับ แม้จะมีที่มาของรายได้ แต่ทว่าร้อยละ 23.3 ของกลุ่มตัวอย่างระบุว่ารายได้ที่ได้รับนั้นไม่เพียงพอ สำหรับความเป็นอยู่ในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีสมาชิกภายในครอบครัว 3 คน โดยมีบุตร สามี/ภรรยา พี่/น้อง เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว แต่ทว่าร้อยละ 7.8 กลับไม่มีผู้ดูแล ด้านสิทธิการรักษา โดยส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลด้วยบัตรทอง (ร้อยละ 73.6) ด้านกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ทำในยามว่างค่อนข้างหลากหลาย เช่น ดูทีวี (ร้อยละ 58.1) พบปะสังสรรค์กับเพื่อน ๆ อ่านหนังสือ ทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์/จิตอาสา เป็นต้น ส่วนกิจกรรมการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำคล้าย ๆ กัน ถึงร้อยละ 78.3 ประมาณ 3 – 5 วัน/สัปดาห์ ด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่าร้อยละ 62.8 ใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยใช้เฉลี่ย 3.25 ชั่วโมง/วัน โดยแอปพลิเคชัน Line เป็นสื่อสังคมออนไลน์ที่ผู้สูงอายุใช้อยู่เป็นประจำถึงร้อยละ 61.2 รองลงมา คือ Facebook (ร้อยละ 33.3) เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.6) ให้เหตุผลว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์ทำให้ตนได้ติดต่อสื่อสาร สนทนา และสร้างความสัมพันธ์

ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 กรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่สูบบุหรี่ มีเพียงร้อยละ 1.6 ที่รายงานว่าดื่มแอลกอฮอล์ แต่ทว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีกาเฟอีน เช่น กาแฟหรือชา พบกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 58.1) ด้านโรคประจำตัว พบว่า โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เผชิญอยู่มากที่สุด (ร้อยละ 49.6) โดยร้อยละ 22.5 ระบุว่าตนไม่มีโรคประจำตัว สำหรับผู้สูงอายุที่มีประวัติโรคทางจิตเวช พบร้อยละ 14.1 ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าร้อยละ 20.9 มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง โดยการศึกษาครั้งนี้ไม่พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์

ปัจจัยด้านการทำงาน พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 58.9 ไม่ระบุถึงตำแหน่งงานของตนก่อนเกษียณ ในกรณีที่ระบุตำแหน่งการทำงาน ได้แก่ พนักงานบริษัท ประกอบธุรกิจส่วนตัว/ลงทุน ส่วนร้อยละ 6.2 ไม่ได้ทำงานหรือเป็นแม่บ้าน ซึ่งมีรายได้เฉลี่ยก่อนเกษียณประมาณ 22,844.44 บาท/เดือน รายได้ต่ำสุดที่พบคือ 2,000 บาท/เดือน

ปัจจัยทางจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่างด้านความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ ด้านการงาน และด้านสังคม พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง ทั้งนี้ หากพิจารณาจากระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่อยู่ในระดับสูงมากที่สุด คือ ด้านครอบครัว (ร้อยละ 20.9) ด้านสังคม (ร้อยละ 17.1) ด้านสุขภาพ (ร้อยละ 15.5) ด้านเศรษฐกิจ (ร้อยละ 7.0) และด้านการงาน (ร้อยละ 3.9) ตามลำดับ สำหรับการมีส่วนร่วมในสังคม พบว่าร้อยละ 14.0 มีการเข้าร่วมในสังคมระดับต่ำ ด้านกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมมากที่สุดในชมรมผู้สูงอายุ คือการเข้าร่วมประชุม (ร้อยละ 86.0) และกิจกรรมนันทนาการรวมถึงกิจกรรมอื่น ๆ เป็นกิจกรรมที่เข้าร่วมน้อยที่สุด (ร้อยละ 8.6)

ด้านความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 กรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 90.7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตในกลุ่ม Adaptive defense มากที่สุดถึงร้อยละ 95.3 รองลงมาคือกลุ่ม Affect regulating defense และกลุ่ม Image distorting defense ตามลำดับ

อภิปรายผล

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 เป็นเพศหญิงร้อยละ 93 จากผู้สูงอายุในชมรมทั้งสิ้น 129 คน สอดคล้องกับการศึกษา Kosulwit L., ชลธิชา บุญศิริ, ธรรมนาถ เจริญบุญ, นิรัชรา ศศิธร, อรสา ไยยอง^(49, 51, 52, 59, 61) ที่ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุภายในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีอัตราของเพศหญิงร้อยละ 78.6, 81.7, 86.2, 72.1, และ 71.5 ตามลำดับ สอดคล้องกับข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ จากผลการสำรวจปี 2564 พบว่าในกรุงเทพมหานครมีจำนวนของผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.42 เท่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ) จึงมีความเป็นไปได้ที่เพศหญิงจะมีอัตราส่วนมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 70.6 ปี ใกล้เคียงกับการศึกษา Kosulwit L.⁽⁵²⁾ ที่พบค่าเฉลี่ย 70.24 ปี นอกเหนือจากกรุงเทพมหานคร เช่น ชัยวัฒน์ อินไชยา, โสภิณ แสงอ่อน, พชรินทร์ นินทจันทร์^(42, 50) ที่ศึกษากับผู้สูงอายุในจังหวัด

นครพนม ที่มีอายุเฉลี่ย 71.2 ปี อัญชลี พงศ์เกษตร และคณะ⁽⁴⁵⁾ อายุเฉลี่ยผู้สูงอายุ ยะลา เท่ากับ 69.73 ปี นั้นแสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมชมรมได้จะมีอายุอยู่ในช่วงผู้สูงอายุ ตอนต้นถึงตอนกลาง หากมีอายุสูงขึ้นการเดินทางมายังชมรมหรือทำกิจกรรมอาจทำได้ยากจึงมีจำนวนน้อยกว่า หรือเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุในชมรมนี้หรือบริเวณใกล้เคียงของสถานที่ตั้งมักเป็นเพศหญิง เพศชายมีค่อนข้างน้อย หรืออาจด้วยเหตุผลใดก็ตามที่อาจทำให้เพศชายไม่ค่อยมาเข้าร่วมกิจกรรมภายในชมรม

ปัจจัยต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยศึกษาระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยทางจิตสังคม โดยภาพรวมปรากฏผล ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

ด้านปัจจัยเกี่ยวกับเพศ เมื่อพิจารณาเพศหญิงและเพศชายที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า เพศหญิงยังคงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 2 เท่า โดยเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 66.7 (8 คน) และเพศชายร้อยละ 33.3 (4 คน) สอดคล้องกับการศึกษา ธรรมานา เจริญบุญ และคณะ⁽⁵¹⁾ ที่พบผู้สูงอายุเพศหญิงในเขตกรุงเทพมหานครมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 2 เท่าเช่นเดียวกัน แต่อัตราส่วนในการศึกษาครั้งนี้ต่างจากการศึกษาของ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และ อุมพร อุดมทรัพย์กุล⁽³⁹⁾ กับผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ เพศหญิงร้อยละ 56.0 เป็นโรคซึมเศร้าและเพศชายร้อยละ 44.0 เป็นโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงลองเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในรายเพศ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีจำนวนมากกว่าผู้สูงอายุหญิงที่มีภาวะซึมเศร้า แต่ทว่าในผู้สูงอายุเพศชายพบจำนวนที่ใกล้เคียงกันของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้า จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเพศชายในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 เกือบครึ่งหนึ่งเผชิญกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีความน่าสนใจในการศึกษาต่อไปในอนาคต

สำหรับหรับปัจจัยเกี่ยวกับอายุผลแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่อายุ 71 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่อายุ 60 – 70 ปี สอดคล้องกับ Alexopoulos GS, เพ็ญศรี หลินสุนนท์, อรสา ไยยอง^(35, 47, 61) ที่แสดงให้เห็นว่าอายุที่มากขึ้นจะมาพร้อมกับภาวะซึมเศร้า ด้านสถานภาพของผู้สูงอายุที่ระบุว่า โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานะแต่งงาน บางการศึกษาพบว่า มีผลต่อภาวะซึมเศร้า^(32, 39, 59, 61, 62) บ้างก็พบว่าไม่มีผลต่อภาวะ^(42, 50) แสดงให้เห็นว่าอายุที่มากขึ้นกับสถานะภาพที่เสมือนต้องใช้ชีวิตแบบไร้คู่ชีวิตอาจมีส่วนกับภาวะซึมเศร้าได้ ใน

กรณีของผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ในปัจจุบันพบว่ามีการสะสมหนี้รายละ 41.7 อีกทั้งรายละ 33.3 ของผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอเป็นเป็นผู้สูงอายุที่ภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาหลายชิ้น^(32, 39, 59, 61, 62) ที่ชี้ให้เห็นว่าการไม่มีรายได้ รายได้ไม่เพียงพอ รายได้ต่อเดือนในระดับต่ำ มักสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แต่ทว่าผู้สูงอายุในชมรมแห่งนี้ยังคงได้รับการดูแลทางการเงินจากคนในครอบครัวหรือจากแหล่งอื่น ๆ ที่ตนเป็นสมาชิก ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่มีเงินบำนาญ/เงินเก็บ ไม่พบอัตราของภาวะซึมเศร้าเลย นั่นอาจแสดงให้เห็นว่าการมีแหล่งทุนหรือเงินเก็บช่วยชะลอหรือลดการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และ อุมาพร อุดมทรัพย์กุล, เพ็ญศรี หลินสุนนท์^(39, 47) ที่พบความสัมพันธ์ของสถานะทางการเงินกับภาวะซึมเศร้า

สำหรับจำนวนของสมาชิกในครอบครัว พบว่าร้อยละ 58.3 ที่มีสมาชิกในครอบครัว 4 คนขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ใกล้เคียงกับการศึกษา Souza RA และคณะ⁽³⁴⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป มีโอกาสเผชิญกับภาวะซึมเศร้ามากกว่าครอบครัวที่มีสมาชิกน้อยกว่า 4 คน นั่นอาจแสดงถึงสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ อีกทั้งเมื่อผู้ดูแลหลักในครอบครัวเป็นสามี/ภรรยา/บุตร พบว่า ร้อยละ 91.7 เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นไปได้ว่าการมีผู้ดูแลหลักเป็นสามี/ภรรยา เป็นผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกันอาจดูแลผู้สูงอายุได้ตามศักยภาพทางร่างกายที่สามารถทำได้ ส่วนบุตรนั้นอาจแยกไปมีครอบครัวใหม่ทำให้นาน ๆ ครั้งจึงกลับมาหาผู้สูงอายุ หรือผู้สูงอายุรู้สึกว่ตนอาจกลายเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลหลักในครอบครัวเป็นพี่/น้องหรือไม่มีผู้ดูแลเลย ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่าผู้สูงอายุที่ยังมีสิทธิรักษาพยาบาลโดยสิทธิประกันสุขภาพ สิทธิบัตรผู้พิการ และสิทธิข้าราชการบำนาญ ไม่พบว่ามีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า นั่นแสดงให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่มั่นคงกว่า

ด้านกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุเข้าร่วม พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เลี้ยงสัตว์และการเล่นเกมส์/เล่นไพ่ เป็นงานอดิเรกในยามว่างไม่พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า นั่นแสดงให้เห็นว่าการเลี้ยงสัตว์เปรียบเสมือนการทากิจวัตรอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุที่อาจเข้ามาทดแทนกิจวัตรหรืองานที่ตนเคยทำก่อนเกษียณ อีกทั้งการได้พูดคุยกับสัตว์เลี้ยงอาจช่วยลดความเหงา ความเศร้าจากการต้องอยู่ติดบ้านเป็นหลัก ขณะที่ลูกหลานในครอบครัวออกไปทำงานหรือย้ายไปตั้งครอบครัวใหม่ สอดคล้องกับข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตที่แนะนำให้ผู้สูงอายุเลี้ยงสัตว์เลี้ยง⁽⁹⁰⁾ ส่วนกิจกรรมการเล่นเกมส์/เล่นไพ่ ส่วนใหญ่

เป็นกิจกรรมที่ต้องมีสมาชิกร่วมมากกว่า 1 คน ทำให้ผู้สูงอายุยังคงได้มีปฏิสัมพันธ์ พูดคุยกับเพื่อนสมาชิกเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ลดการอยู่คนเดียวได้ ในทางตรงกันข้าม พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33.3 นั้นแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับศักยภาพทางร่างกายและรูปแบบการออกกำลังกายด้วย ซึ่งผลการศึกษาของ วิชุต อุ่นแก้ว และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์⁽⁴¹⁾ ยังคงแสดงผลสนับสนุนว่าการออกกำลังกายสามารถช่วยลดโรคซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางได้

อย่างที่ทราบกันดีว่าผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ต้องเกษียณอายุ ไม่มีงานหลักให้ทำ ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่บ้านขณะที่ลูกหลานไปทำงานนอกบ้านหรือแยกย้ายออกไปตั้งครอบครัวใหม่ ทำให้ระยะห่างหรือความสัมพันธ์กับผู้คนรอบข้างยิ่งห่างเหิน ผลจากการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ใช้สื่อสังคมออนไลน์พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 41.7 โดย Alexopoulos GS⁽³⁵⁾ ระบุว่า การแยกสังคมอาจนำไปสู่โรคเกี่ยวกับการปรับตัวร่วมกับภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้น การมีโอกาสเล่นสื่อสังคมออนไลน์อาจเป็นตัวช่วยหนึ่งในการคงความสำคัญทางสังคม เพื่อลดการแยกตัว การอยู่คนเดียว เพื่อให้ผู้สูงอายุยังรู้สึกมีคุณค่า ตัวตนในสังคมแม้จะเปลี่ยนหน้าที่หรือบทบาททางสังคมตามวัย แต่ทว่ายังคงความสัมพันธ์กับผู้คนรอบข้างได้ เช่น ลูกหลานที่อยู่ห่างไกล ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น อาจแสดงให้เห็นผ่านข้อความของการอวยพร ความห่วงใย ที่เรามักจะเห็นได้จากแอปพลิเคชัน LINE ตัวอย่างเช่น การส่งภาพสวัสดิ์ในแต่ละวันพร้อมคำพูดอวยพร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิศปต์ย์ ชัยช่วย⁽⁹¹⁾ ที่พบว่าการใช้ LINE ในผู้สูงอายุช่วยคงปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนลูกหลาน ญาติ กลายเป็นวัฒนธรรมส่วนหนึ่งของผู้สูงอายุที่ส่งผ่านความห่วงใย สอดคล้องกับผลการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งใหม่ที่พบว่า สื่อสังคมออนไลน์ที่ผู้สูงอายุใช้เป็นประจำมากที่สุด คือ LINE คิดเป็นร้อยละ 61.2 และโดยส่วนใหญ่ใช้ด้วยเหตุผลของการติดต่อสื่อสาร สนทนาสร้างความสัมพันธ์ถึงร้อยละ 49.6 นั้นแสดงให้เห็นว่าการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมยังคงช่วยรักษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้แม้ว่าจะอยู่ห่างกัน

ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย

จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ แต่ทว่าในกรณีของผู้สูงอายุที่ดื่มกาแฟ/ชา พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 66.7 การศึกษาที่ผ่านมาทั้งผลในเชิงสนับสนุนและในทางตรงกันข้าม เช่น การศึกษาเชิงอภิमान (Meta-Analysis) ของ Grosso G,

Micek A, Castellano S, Pajak A, Galvano F. และ Kim J, Kim J.^(92, 93) ที่พบว่าการบริโภคกาแฟมีความสัมพันธ์กับความเสียหายต่อภาวะซิมเศร่าที่ลดลง ต่างจากการศึกษาในอดีตที่พบว่าการบริโภคกาแฟอื่นทำให้มีภาวะซิมเศร่าเพิ่มขึ้น⁽⁹⁴⁾ ด้านโรคประจำตัวหรือโรคที่มาพร้อมกับอายุที่มากขึ้น พบว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติของโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคข้อเสื่อม มีภาวะซิมเศร่าร้อยละ 58.3, 33.3, 33.3, และ 16.7 ตามลำดับ แต่ทว่าทั้งหมด (2 คน) ของผู้ที่เป็นโรคไตเป็นผู้ที่มีภาวะซิมเศร่าทั้งหมด ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ ผกามาศ เพชรพงศ์⁽⁹⁵⁾ ที่พบความชุกของภาวะซิมเศร่าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานร้อยละ 25.6 และ อุษา คงสมบูรณ์ และคณะ⁽⁹⁶⁾ พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวข้อเข่าเสื่อมมีภาวะซิมเศร่า ร้อยละ 29.9 เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านการเคลื่อนไหวและความเสี่ยงต่อการหกล้มทำให้ภาวะซิมเศร่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถทางกาย แม้ว่าจะมีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างต่ำ นั้นแสดงให้เห็นว่าโรคทางกายที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว ความเจ็บป่วยทางกายหรือโรคประจำตัวที่เป็นอยู่เรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุบางท่านต้องเผชิญกับภาวะซิมเศร่าได้ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับ Sozeri-Varma G, Djernes JK⁽³³⁾, มณีนรัตน์ เอี่ยมอนันต์⁽³²⁾ สอดคล้องกับข้อมูลการศึกษาครั้งนี้ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่พบว่าผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับพึงพิงปานกลาง มีภาวะซิมเศร่าร้อยละ 50 โดยในการศึกษานี้ไม่พบว่ามีผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับพึงพิงทั้งหมด อาจเนื่องมาจากการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุนั้น อาจต้องใช้ศักยภาพทางกายในการเข้าร่วมส่วนกิจกรรม ดังนั้นจึงทำให้ไม่พบผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึงพิงทั้งหมด แต่โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ ส่วนใหญ่ร้อยละ 82.1 ไม่พบว่ามีภาวะซิมเศร่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยวัฒน์ อินไชยา, โสภิตน แสงอ่อน, และพัชรินทร์ นินทจันทร์⁽⁴²⁾ ที่พบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจกรรมประจำวันมีอิทธิพลต่อภาวะซิมเศร่าในผู้สูงอายุ และ โสภิตน แสงอ่อน, พรเพ็ญ สำเภา และ พรทิพย์ มาสาธรรม⁽⁵⁰⁾ พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซิมเศร่า

นอกจากประวัติความเจ็บป่วยทางกายแล้ว ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติโรคทางจิตเวช ร้อยละ 41.7 มีภาวะซิมเศร่า สอดคล้องกับ นิรัชรา ศศิธร⁽⁵⁹⁾ ที่พบว่าประวัติโรคทางจิตเวชเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซิมเศร่า แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยทางกายจากโรคประจำตัวและโรคทางจิตเวช อาจเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางและเสี่ยงกับภาวะซิมเศร่าได้

ปัจจัยด้านการทำงาน

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่เคยมีงานทำก่อนที่จะเกษียณอายุ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50 ซึ่งก่อนหน้านี้อาจเคยมีตำแหน่ง หน้าที่ ความรับผิดชอบ แต่เมื่อต้องเกษียณอายุ บทบาทการทำงานดังกล่าวกลับยุติลง ส่วนผู้สูงอายุที่ก่อนหน้านี้ไม่ได้ทำงานหรือเป็นแม่บ้าน ไม่พบว่า มีภาวะซึมเศร้า เหมือนว่าตนยังคงอยู่ในสถานภาพเดิม ไม่ได้เปลี่ยนแปลง เมื่อเปรียบเทียบกับอัตรา รายได้ก่อนเกษียณแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ก่อนเกษียณ 10,000 – 20,000 บาท มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50 โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้ก่อนเกษียณน้อยกว่า 10,000 บาท มีภาวะซึมเศร้าเพียง ร้อยละ 16.7 นั้นแสดงให้เห็นว่าหน้าที่ตำแหน่ง ภาระรับผิดชอบทางการทำงาน สำหรับผู้สูงอายุที่เคย มีงานทำมาก่อน รวมถึงการมีเงินเดือนก่อนเกษียณตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป อาจเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7

ปัจจัยทางจิตสังคม

ข้อมูลจากปัจจัยด้านจิตสังคม พบว่าส่วนใหญ่ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ ด้านการทำงาน และด้านสังคม ของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ นิรัชรา ศศิธร และ มุจรินทร์ พุทเมตตา^(58, 59) ที่พบว่าผู้สูงอายุประสบกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ที่มีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง หากพิจารณาจากอัตราความรุนแรงของเหตุการณ์ ความเครียดในชีวิต พบว่า ความเครียดด้านครอบครัวมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด คือ 2.2 โดยมีผู้สูงอายุที่ เครียดกับเรื่องครอบครัวในระดับสูง พบถึงร้อยละ 20.9 รองลงมาคือความเครียดด้านสังคมระดับสูง ร้อยละ 17.1 นั้นแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุบางท่านอยู่ในครอบครัวที่มีความตึงเครียดหรือพึงพิงเผชิญกับ ภาวะวิกฤตบางประการที่ส่งผลต่อตนเองและสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวด้วย สอดคล้องกับ นิรัชรา ศศิธร⁽⁵⁹⁾ ที่พบว่าร้อยละ 23.8 ของผู้สูงอายุมีความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตด้าน ครอบครัวในระดับสูง

ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม พบว่าผู้สูงอายุที่มีการเข้าร่วมในสังคมระดับต่ำและระดับกลางมี ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33.3 และ 66.7 ส่วนผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมระดับสูงไม่พบว่ามีภาวะซึมเศร้าเลย นั้นแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม อยู่ อาจช่วยชะลอการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางท่านนำพาตนเองให้มาเข้า ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมที่จัดขึ้นโดยการสนับสนุนจากทั้งภาครัฐและองค์กรเอกชน ซึ่งภายใน

ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 มีกิจกรรมมากมายที่ให้ผู้สูงอายุได้เลือกเข้าร่วม ผลพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมฝึกสมาธิ กิจกรรมประเพณี/ศาสนา มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 91.7 จะเห็นได้ว่าจากข้อมูลส่วนบุคคลที่พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายและมีภาวะซึมเศร้ามีร้อยละ 33.3 นั้นแสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายอาจเข้ามาช่วยเหลือทั้งการส่งเสริมสุขภาพทางกายและใจที่ดีได้ไปพร้อม ๆ กัน แต่ทว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ กิจกรรมฝึกอาชีพ กิจกรรมทัศนศึกษา กิจกรรมนันทนาการ และกิจกรรมจิตอาสา กลับไม่พบว่ามีผู้สูงอายุอยู่ในภาวะซึมเศร้า นั้นแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องมาเข้าร่วมกับชมรมมีความเกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและผู้อื่น อาจมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุลดการอยู่ลำพัง ไม่เหงา หรือเศร้าลดลง และยังคงรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา บุญศิริ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมไม่สม่ำเสมอจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมสม่ำเสมอ แสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า นั่นคือการได้มีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม แต่ทว่าการศึกษาของ Kosulwit L⁽⁵²⁾ พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมเป็นประจำหรือไม่บ่อยนักก็ไม่ได้สัมพันธ์กับสภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากผลของแต่ละปัจจัยที่ได้กล่าวไปข้างต้นเมื่อแยกตามกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจะทำการอภิปรายผลจากผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact Test ในหัวข้อการตอบคำถามการวิจัยข้อที่ 3 เพื่อชี้ให้เห็นว่า แท้จริงแล้วมีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

คำถามการวิจัยที่ 1 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7

ผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 กรุงเทพมหานคร ซึ่งวัดด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) ฉบับ 30 ข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยและระดับปานกลางเท่านั้น ร้อยละ 7.0 และ 2.3 ตามลำดับ โดยไม่พบว่ามีผู้สูงอายุอยู่ในระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง ทำให้การศึกษานี้พบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 9.3 เท่านั้น ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น ๆ ที่ใช้แบบวัด TGDS โดย ชัยวัฒน์ อินໄໝยา, โสภิณ แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์⁽⁴²⁾

พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดนครพนมที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.6 และใกล้เคียงกับ ธรรมนาถ เจริญบุญ และคณะ จากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 15 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7.7 รวมถึงการศึกษาในอดีตของ Thongtang O และคณะ⁽²⁴⁾ จากกลุ่มผู้สูงอายุจาก 35 ชุมชน ในกรุงเทพมหานคร พบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8.2 ด้านการศึกษาของ Kosulwit L⁽⁵²⁾ ในผู้สูงอายุเขตชานเมืองกรุงเทพมหานคร ก็ไม่พบว่ามีผู้สูงอายุในระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง เช่นเดียวกัน ส่วนใหญ่ทำให้เห็นว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีภาวะซึมเศร้าจากการ ประเมินด้วยแบบวัด TGDS อยู่ในระดับเล็กน้อย รองลงมาคือระดับปานกลาง และระดับรุนแรง ตามลำดับ ซึ่งในบางการศึกษาก็ไม่พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับดังกล่าว เมื่อเทียบกับการนำแบบวัด TGDS ไปประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ชาญพร พรหมจันทร์ จะพบความแตกต่างด้านอัตราของภาวะซึมเศร้าที่สูงกว่ามาก โดยพบผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 57.3 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยร้อยละ 25.8 ปานกลางร้อยละ 24.4 และระดับรุนแรงร้อยละ 7.1 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุซึ่งมีแนวโน้มที่จะมี อิศระมากกว่ามีอัตราของภาวะซึมเศร้าที่น้อยกว่า

คำถามการวิจัยที่ 2 รูปแบบการป้องกันทางจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการ สาธารณสุข 7

ข้อมูลการใช้รูปแบบป้องกันทางจิตของผู้สูงอายุ

จากการใช้แบบประเมินรูปแบบการป้องกันทางจิต (The Defense Style Questionnaire-60; DSQ-60) เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันทางจิตทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ Image Distorting Defenses, Affect Regulating Defenses, และ Adaptive Defenses โดยภาพรวมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 พบว่ารูปแบบการป้องกันทางจิตกลุ่ม Adaptive defense เป็นการป้องกันทางจิตกลุ่มที่ผู้สูงอายุในการศึกษานี้เลือกใช้มากที่สุด ซึ่งสูงถึงร้อยละ 95.3 รองลงมาคือ การใช้ Affect Regulating Defenses และ Image Distorting Defenses ตามลำดับ สอดคล้องกับ ผลการศึกษาที่ใกล้เคียงกับ พลเลิศ พวงสอนและณภัทรวรรต บัวทอง⁽⁸¹⁾ ที่พบว่าส่วนใหญ่ของกลุ่ม พนักงานต้อนรับบนเครื่องบินใช้การป้องกันทางจิตในกลุ่ม Adaptive Defenses ร้อยละ 83.7 แม้ว่า

จะเป็นกลุ่มตัวอย่างคนละวัย แต่ทำให้เห็นว่าวัยผู้ใหญ่โดยส่วนใหญ่มีแนวโน้มใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตที่ปรับตัวได้

เมื่อพิจารณาถึงการป้องกันทางจิตในรูปแบบย่อย พบว่า รูปแบบ Altruism เป็นรูปแบบที่ผู้สูงอายุเลือกใช้มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 6.83) รองลงมาคือ Anticipation (ค่าเฉลี่ย 6.76) ซึ่งรูปแบบย่อยทั้งสองรูปแบบนี้อยู่ในกลุ่ม Adaptive Defenses อาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุในชมรมแห่งนี้ใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตแบบที่มีวุฒิภาวะ โดยยังคงเลือกทำตามความต้องการของตนเอง เห็นใจในความรู้สึกของผู้อื่น มีแนวโน้มของการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวนี้อาจจะสะท้อนความสำเร็จตามขั้นพัฒนาการของ Erikson⁽²⁷⁾ ในขั้นที่ 8 เกี่ยวกับการพิจารณาช่วงชีวิตที่ผ่านมาที่เป็นไปในทิศทางที่ดีตามที่คาดไว้ มีเหตุการณ์ที่ตนบรรลุความสำเร็จบางอย่างในชีวิต ในบั้นปลายชีวิตจึงมีความยินดีที่จะช่วยเหลือ ส่งเสริมผู้อื่นหรือคนใกล้ชิดบ้างตามที่ศักยภาพตนทำได้ ทำให้ตนยังรู้สึกมีคุณค่าและคงความสัมพันธ์กับผู้อื่นและสังคมไว้ได้ เช่นเดียวกันกับการใช้การป้องกันทางจิตในรูปแบบ Anticipation ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนชีวิตไว้ล่วงหน้าอย่างมีเหตุผล พร้อมทั้งจะเผชิญกับสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้นตามวัยหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด นั้นอาจเกี่ยวข้องกับการวางแผนชีวิตก่อนการเกษียณอายุหรือบั้นปลายชีวิตของตนเองไว้ล่วงหน้าแล้ว เช่น การวางแผนทางการเงินในกรณีที่ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว แหล่งที่มาของรายได้ รวมถึงกรณีของผู้ดูแลหลักและที่อยู่อาศัยในช่วงบั้นปลายชีวิต โดยเฉพาะผู้ที่มีสถานภาพสมรสที่มีแนวโน้มต้องใช้ชีวิตลำพัง

เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันทางจิตกับกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทยมีค่อนข้างจำกัดหรือหาได้ยาก ทำให้ผู้วิจัยต้องเปรียบเทียบกับการศึกษาของต่างประเทศในกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน แต่ทว่าผลการศึกษาในครั้งนี้พบผลใกล้เคียงกับ Diehl M และคณะ⁽⁷⁰⁾ ซึ่งศึกษาระยะยาวในกลุ่มคนยุโรปอเมริกัน พบว่ารูปแบบ Sublimation และ Suppression เป็นรูปแบบที่มีการใช้สูงขึ้นตั้งแต่ในช่วงวัยรุ่นและจะคงที่มาจากจนถึงวัยชราตอนปลาย อีกทั้งการใช้รูปแบบ Displacement จะกลับมาเพิ่มขึ้นหลังอายุ 65 ปี โดยค่าเฉลี่ยจากการวิจัยปัจจุบันพบค่าเฉลี่ยของทั้ง 3 รูปแบบ เท่ากับ 6.71, 5.72, และ 4.91 ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มของทิศทางการใช้อยู่ในระดับใกล้เคียงกับ Diehl M และคณะ⁽⁷⁰⁾ และแนวโน้มการใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตที่ปรับตัวได้นี้จะลดลงในช่วงวัยชราตอนปลาย กล่าวคือ เมื่ออายุมากขึ้นการเลือกใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตในรูปแบบที่ปรับตัวได้ก็จะลดลงตามไปด้วย เปลี่ยนเป็นการใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตในรูปแบบ Maladaptive Defenses แทน⁽⁷²⁾ ข้อมูลจาก Salzman C และ Shader R⁽⁶⁹⁾ ระบุว่า รูปแบบ

Denial ซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิเสธไม่ยอมรับในสิ่งที่เห็นหรือได้ยินหรือรับรู้ โดยการปฏิเสธอาจเกี่ยวข้องกับการปรับตัวได้ไม่ดี ซึ่งเป็นรูปแบบที่พบได้ทั่วไปในผู้สูงอายุ โดยในการศึกษาครั้งนี้ของผู้วิจัยพบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.71 ด้านการศึกษาในผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น⁽⁷⁴⁾ พบว่า การป้องกันทางจิตแบบไม่บรรลุนิติภาวะที่ผู้สูงอายุใช้มากกว่าในวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ รูปแบบ Isolation, Denial, และ Splitting (Other/Self) โดยพบค่าเฉลี่ยในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 5.26, 4.71, 4.03, และ 3.24 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ายังมีผู้สูงอายุบางส่วนที่ใช้รูปแบบของการพยายามแยกตนเองออกจากสภาพการณ์บางอย่างเพื่อให้ตนเองเกิดความสบายใจ พยายามหลีกเลี่ยงความคิด ความรู้สึกที่เจ็บปวด โดยแยกออกจากความคิดก่อน ในกรณีของการใช้รูปแบบ Splitting ส่วนใหญ่ยังคงสามารถมองข้อดีและข้อเสียของตนและผู้อื่นในทางผสมผสานได้ นั่นแสดงให้เห็นว่าในภาพรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ยังอยู่ในเกณฑ์ที่ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตที่ปรับตัวได้ ดังนั้น หากต้องการทราบทิศทางหรือแนวโน้มต่อจากนี้ อาจเป็นข้อเสนอแนะสำหรับผู้ที่ต้องการศึกษาในอนาคตต่อไป

สำหรับรูปแบบ Devaluation of Self เป็นรูปแบบย่อยที่ผู้สูงอายุในชมรมแห่งนี้เลือกใช้ใช้น้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.93 ซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่ม Affect Regulating Defenses รองลงมาคือการใช้รูปแบบ Acting-Out มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 อยู่ในกลุ่ม Image Distorting Defenses จากผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าภาพรวมของผู้สูงอายุในชมรมแห่งนี้ยังคงเห็นถึงความสำคัญและคุณค่าในตนเอง นั่นอาจสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยได้ แต่ทว่ารูปแบบ Devaluation of Other มีคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่า (3.38) อาจมีบ้างที่ผู้สูงอายุเกิดรูปแบบของการลดคุณค่าของผู้อื่นเพื่อให้ตนเองรู้สึกเหนือกว่าและลดความเจ็บปวดจากการเปรียบเทียบกับผู้อื่น การศึกษาในอนาคตอาจตรวจสอบในประเด็นนี้ต่อไป สำหรับรูปแบบ Acting-Out เป็นกลไกป้องกันทางจิตที่ส่วนใหญ่มักจะพบในวัยรุ่นหนุ่มสาวมากกว่าในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่แสดงถึงการปรับตัวไม่ได้⁽⁷²⁾ แต่เมื่อได้รับการขัดเกลาทางสังคมให้เหมาะสมตามวัยแล้ว รูปแบบนี้จะค่อยลดลง แต่ทว่ารูปแบบดังกล่าวนี้อาจกลับมาปรากฏอีกครั้งได้ในวัยสูงอายุ

ความสัมพันธ์ของรูปแบบการป้องกันทางจิตและภาวะซึมเศร้า

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรูปแบบการป้องกันทางจิตกับคะแนนภาวะซึมเศร้า พบว่ารูปแบบการป้องกันทางจิตในกลุ่ม Adaptive Defenses มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะ

ซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แม้ว่าจะเป็นระดับความสัมพันธ์ไม่มากก็ตาม ($r = -0.207$) แต่ผลลัพธ์นั้นช่วยชี้ให้เห็นว่าหากผู้สูงอายุเลือกใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตในกลุ่ม Adaptive Defenses จะมีแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ หรืออีกนัยยะหนึ่ง หากผู้สูงอายุไม่ได้เลือกใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตในกลุ่ม Adaptive Defenses อาจสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นได้ ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Lenzo V และคณะ⁽⁸⁰⁾ ที่พบว่า การขาดการรับรู้ทางอารมณ์ไม่สามารถเข้าใจความซับซ้อนทางอารมณ์และความรู้สึก (Alexithymia) มีความสัมพันธ์ทางลบกับ Mature Defenses หรือ Adaptive Defenses ดังนั้น หากผู้สูงอายุรู้เท่าทันอารมณ์ ความรู้สึก ความคิดของตนเอง และสามารถหาวิธีแก้ไขปัญหาหรือจัดการได้อย่างเหมาะสม ปรับตนเองให้เข้ากับสถานการณ์ สภาพการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่ผันเปลี่ยนตามวัยได้ ก็จะส่งผลต่อการมีภาวะซึมเศร้าที่ลดลง อีกทั้ง Alexithymia ยังสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาทางสุขภาพจิต ทั้งภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอีกด้วย

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรูปแบบการป้องกันทางจิตกับคะแนนภาวะซึมเศร้า เมื่อพิจารณาในรายรูปแบบย่อย ๆ ที่พบนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า รูปแบบ Anticipation มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ($r = -0.351$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แม้ผลลัพธ์ทางความสัมพันธ์อาจอยู่ในระดับที่ไม่สูงนัก แต่นั่นแสดงให้เห็นว่าการคิดวางแผนล่วงหน้าอย่างเป็นเหตุเป็นผล มองแนวทางการแก้ปัญหาตามความเป็นจริง พร้อมแผนการรับมือกับสถานการณ์ให้เกิดความผิดพลาดน้อยที่สุด ในบางกรณีอาจมีแผนสำรองในการแก้ไขปัญหาด้วย ทำให้รูปแบบ Anticipation ถือเป็นรูปแบบการป้องกันทางจิตที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชมรมแห่งนี้ได้ สอดคล้องกับรูปแบบ Self-Observation ที่สัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับรองลงมา ($r = -0.315$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งความสัมพันธ์เป็นทิศทางเดียวกันกับรูปแบบก่อนหน้านี้ นั้นแสดงให้เห็นว่าการสำรวจตนเอง สังเกตตนเอง หรือสิ่งที่เกิดขึ้นรอบข้างตนเองอย่างรอบคอบ เพื่อพิจารณาปัญหาอย่างละเอียด สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลงได้ ซึ่งทั้งการป้องกันทางจิตทั้ง 2 รูปแบบอยู่ในกลุ่ม Adaptive Defenses สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Malone JC และคณะ⁽⁷³⁾ พบว่าหากในช่วงวัยกลางคนเลือกใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตกลุ่ม Adaptive หรือ Maturity Defenses จะสามารถช่วยรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุได้ ดังนั้น การใช้รูปแบบป้องกันทางจิตที่ปรับตัวได้จึงสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพและการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในระดับที่ดี นั้นแสดงให้เห็นความสำคัญของการเลือกใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตที่เหมาะสม

ตามวัย ในรูปแบบที่ปรับตัวได้ (Adaptive Defenses) ตั้งแต่วัยรุ่นน วัยผู้ใหญ่กระทั่งถึงวัยชรา จะยังผลให้ในวัยสูงอายุของตนมีสุขภาพกายและใจที่ดี

สำหรับรูปแบบ Passive-Aggressive พบความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ($r = 0.300$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นั้นแสดงให้เห็นว่าหากผู้สูงอายุเลือกใช้การป้องกันทางจิตรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับการกระทำซึ่งเป็นการกระทำที่มีปฏิกริยาในทางลบ จะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้นได้ ผู้สูงอายุอาจแสดงออกด้วยการต่อต้านบางอย่างแบบเงียบ ๆ เนื่องจากการเผชิญกับสถานการณ์ที่ตนยอมรับไม่ได้ แต่ก็ไม่ถึงกับแสดงออกด้วยความก้าวร้าวอย่างรุนแรง จึงแสวงหากลวิธีอื่นเพื่อแสดงว่าตนนั้นไม่เห็นด้วยทั้งหมด ด้วยการแสดงความเป็นปฏิกิริยาในทางอ้อม เช่น โกรธลูกตนเองแต่ไม่บอกตรง ๆ แสดงออกด้วยการพูดประชดประชัน เสียคดี ไม่แสดงความคิด อารมณ์อย่างตรงไปตรงมา ว่าแท้ที่จริงแล้วอยากให้ลูกพาไปเที่ยวพักผ่อนต่างจังหวัดบ้าง เป็นต้น ทำให้การไม่แสดงสิ่งที่คิดหรือรู้สึกอย่างตรงไปตรงมาอาจทำให้เกิดผลเสียต่อผู้สูงอายุเอง ที่ต้องเก็บความรู้สึกทางลบเอาไว้ โดยไม่ได้จัดการอย่างถูกต้อง อีกทั้งยังกระทบต่อความสัมพันธ์กับผู้ที่อยู่ใกล้ชิดด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Psychodynamic Treatment of Depression Book 1 ที่ระบุว่ารูปแบบการป้องกันทางจิตที่ผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้ามักเลือกใช้ ได้แก่ Denial, Projection, Idealization and Devaluation, Passive-Aggressive, Identification with the Aggressor และ Reaction Formation

คำถามการวิจัยที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและรูปแบบการป้องกันทางจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7

การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ในปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการทำงาน ปัจจัยทางจิตสังคม และรูปแบบการป้องกันทางจิต ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's Exact Test พบนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าด้วยการวิเคราะห์ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และที่มาของรายได้จากสามี/ลูก ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว (โรคไต) ประวัติโรคทางจิตเวช และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม กิจกรรมออกกำลังกายของชมรม และกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์/จิตอาสาของชมรม แต่ทว่า

ปัจจัยด้านการทำงาน ไม่พบว่ามีปัจจัยใดสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ด้านรูปแบบการป้องกันทางจิตที่ เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่ม ได้แก่ รูปแบบ Passive-Aggressive, Help-rejecting Complaining, Affiliation, Devaluation of Other, Anticipation, Sublimation, Self-Observation, และ Reaction Formation

จากนั้นเมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติถดถอยลอจิสติก พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศชาย ปัจจัยสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ การมีประวัติโรคทางจิตเวช และมีภาวะพึ่งพิงปานกลางในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความรุนแรงของ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตด้านเศรษฐกิจระดับกลางถึงสูง และความรุนแรงของเหตุการณ์ ความเครียดในชีวิตด้านสังคมสูง ด้านรูปแบบการป้องกันทางจิต พบว่า การใช้รูปแบบ Passive-Aggressive, Reaction Formation และการไม่ค่อยใช้รูปแบบ Sublimation เป็นปัจจัยที่สามารถ ทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชมรมแห่งนี้ได้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

เพศ

ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของเพศกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุชมรม แห่งนี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อย่างที่ทราบกันดีว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงในชมรม ผู้สูงอายุแห่งนี้มีมากกว่าเพศชายถึง 13.3 เท่า เมื่อพิจารณาในรายเพศแล้ว พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง และเพศชายในชมรมแห่งนี้มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 66.7 และ 33.3 ตามลำดับ ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ อร กนก สังข์พระกร , วิชุดา อุ่นแก้ว และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, มุจรินทร์ พุทเมตตา^(41, 58, 60) แต่ทว่าไม่ สอดคล้องกับ ชัยวัฒน์ อินไชยา, โสภณ แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์⁽⁴²⁾ ที่พบว่าเพศไม่มีอิทธิพลใน การทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หากพิจารณาในกลุ่มของผู้มีภาวะซึมเศร้าแล้ว จะพบว่าเพศหญิง มีอัตราของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 66.7 ซึ่งมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า สอดคล้องกับการศึกษา Syed M และ McLean KC

ผู้สูงอายุเพศชายในชมรมแห่งนี้มีเพียงร้อยละ 7 แต่ทว่าเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44.4) ของ เพศชายในการศึกษานี้ เป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าเพศนอกจากจะ

เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแล้ว ยังพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า เพศหญิงมากถึง 13.18 เท่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรณก สัจพระกร พบว่าพนักงาน เกษียณอายุซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.6) มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 43.1 ผลพบว่าเพศชายมี ภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิง ส่งผลทำให้พนักงานเกษียณอายุเพศชายมีโอกาสเป็นภาวะซึมเศร้า มากกว่าเพศหญิงถึง 2.5 เท่า แต่ทว่าผลลัพธ์นี้กลับไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชุดา อุ่นแก้ว และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์⁽⁴¹⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายถึง 2.1 เท่า

อาจมีความเป็นไปได้ว่าผลจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้คนส่วนใหญ่มักจะมองว่าภาวะซึมเศร้ามัก เป็นอาการที่มักจะเกิดในเพศหญิง โดยพื้นฐานแล้วเพศชายก็มักจะยึดติดกับบทบาททางเพศและความ เป็นชายในแบบดั้งเดิม ทำให้เพศชายรู้สึกว่าคุณต้องเก็บกดอารมณ์ไว้มากกว่าเพื่อไม่ให้ตนเองต้อง เผชิญกับปัญหาทางอารมณ์หรือสุขภาพจิต เพราะนั่นอาจหมายถึงความล้มเหลวในการจัดการชีวิต ทำให้เพศชายในสังคมไม่นิยมแสดงออกถึงความรู้สึกภายในจิตใจให้ผู้อื่นรับทราบ และทำให้บางครั้งไม่ ทราบว่าตนกำลังเผชิญกับภาวะซึมเศร้าอยู่ ทำให้การพึ่งตนเองมีความสัมพันธ์กับ ความเครียดและ ภาวะซึมเศร้าในเพศชาย⁽⁹⁷⁾ ผู้ชายจึงมักจะปฏิเสธว่าตนเองมีปัญหา เพราะได้รับการคาดหวังว่าเป็น ผู้ชายต้องเข้มแข็ง และการแสดงออกทางอารมณ์เป็นนิสัยของผู้หญิง ดังนั้นผู้ชายที่มีภาวะซึมเศร้าจึง มีแนวโน้มที่จะพูดถึงอาการทางร่างกาย เช่น รู้สึกเหนื่อยล้า มากกว่าการพูดถึงอาการซึมเศร้าซึมเศร้า ที่เกี่ยวกับอารมณ์⁽⁹⁸⁾ จึงแสดงแสดงออกผ่านพฤติกรรม เช่น ปลีกตัว หงุดหงิด ก้าวร้าว แสดง พฤติกรรมเสี่ยง การใช้สารเสพติด ดื่มสุราผิดปกติ ทำงานหนักกว่าปกติหรือมีพฤติกรรมทางเพศ เพิ่มขึ้น เป็นต้น ทำให้เพศชายมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า แต่ทว่ามีการแสดงออกที่อาจจะแตกต่าง ไปจากเพศหญิง⁽⁹⁷⁾

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะมีอาการที่แตกต่างกันไปตามแต่ละเพศ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ความแตกต่างทางเพศในอาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุสะท้อนถึงความแตกต่างทางเพศในการ รับรู้และการแสดงออกของโรคซึมเศร้า⁽⁹⁹⁾ โดยที่เพศหญิงยังพอมีแนวโน้มที่ยังจะหาทางแก้ไขปัญหา แต่เพศชายอาจเลือกความตาย สอดคล้องกับ สาวิตรี สิงหา⁽¹⁰⁰⁾ ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัย เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้นในผู้สูงอายุ โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการของภาวะ ซึมเศร่าระดับน้อย มีแนวโน้มของการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงร้อยละ 33.3⁽¹⁰¹⁾ โดยที่เพศชาย ฆ่าตัวตายสำเร็จบ่อยกว่าเพศหญิง ในอัตราส่วนประมาณ 3 ต่อ 1 ในขณะที่เพศหญิงพบว่าพยายาม ฆ่าตัวตายบ่อยกว่าเพศชาย⁽⁵⁾ ทำให้เพศชายที่ไม่ค่อยระบายความรู้สึกอยู่แล้วด้วยความทะนงในความ

เป็นชายแบบดั้งเดิม รวมกับความสูงอายุที่ไม่พึ่งพาความช่วยเหลือจากใคร ทำให้พวกเขาอาจต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้าที่มากกว่าเพศหญิงได้

ที่มาของรายได้จากสามี/ลูก

ผลจากการศึกษาพบว่าที่มาของรายได้ที่มาจากสามี/ลูก มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนแห่งนี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้มาจากสามี/ลูก มีภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 8.3 แต่ทว่าในกลุ่มของผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้มาจากสามี/ลูก มีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 91.7 นั้นแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของช่องทางของรายได้ที่จะนำมาจับจ่ายใช้สอยในชีวิตประจำวันเพียงพอหรือไม่ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว และผลของสถานภาพสมรส จากข้อมูลพบว่าร้อยละ 57.4 ของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ และร้อยละ 42.6 มีสถานภาพแต่งงาน โดยในกลุ่มของผู้สูงอายุที่ปัจจุบันมีสถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีภาวะซึมเศร้าอยู่ร้อยละ 66.7 และกลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอพบว่า มีภาวะซึมเศร้าอยู่ร้อยละ 33.3 แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติว่าทั้งสองปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่ทว่าการศึกษาที่ผ่านมาของ สุวิทย์ เจริญศักดิ์ และคณะ⁽¹⁰²⁾ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยสูงอายุ คือ ปัญหาทางด้านการเงิน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ สถานภาพสมรสโสด/หม้าย/หย่า นั้นแสดงให้เห็นว่ารายได้ที่มาจากหลายทางและเพียงพออาจช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โกล่เคียงสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูติมา มาลัย และคณะ⁽¹⁰³⁾ ที่พบว่าสถานภาพสมรส ลักษณะการอาศัย ความเพียงพอของรายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 39.3 และกลุ่มที่เป็นหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 48.9 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 44.7 และการอาศัยอยู่คนเดียวหรืออยู่กับญาติ มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 47.6 และ 50.0 ตามลำดับ ยังระบุเพิ่มเติมว่าการที่ผู้สูงอายุมีบ้านเป็นที่พักอาศัยและได้พักอาศัยร่วมกับคู่สมรสหรือไม่ได้อยู่คนเดียวจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ นั้นแสดงถึงการได้รับความช่วยเหลือจากคู่สมรสของตนและลูก อาจสัมพันธ์กับความรัก ความเคารพ การเอาใจใส่ ห่วงใยจากสมาชิกในครอบครัว ด้วยการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยลงให้ยังสามารถจับจ่ายใช้สอยในสิ่งที่ต้องการได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุยังคงรู้สึกถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง อันเนื่องมาจากการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่

ใกล้เคียงในครอบครัว ที่สัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าได้ด้วย แต่ผลดังกล่าวกลับขัดแย้งกับผลการศึกษาใน ครั้งนี้ ที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลหลักในครอบครัวเป็นคู่ชีวิต/บุตร มีภาวะซีมเศร้าสูงถึงร้อยละ 91.7 ส่วนผู้ที่มีผู้ดูแลหลักเป็นพี่/น้อง/ไม่มีผู้ดูแล มีภาวะซีมเศร้าเพียงร้อยละ 8.3 แต่ทว่าไม่พบ นัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย

สำหรับปัจจัยด้านสุขภาพกายและการเจ็บป่วย พบว่า โรคประจำตัวโรคไต ($P < 0.01$) ประวัติโรคทางจิตเวช และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับภาวะ ซีมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่การมีโรคประจำตัวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับพึงพิงปานกลาง สามารถทำนายภาวะซีมเศร้าในผู้สูงอายุได้ถึง 7.554 เท่า และ 9.295 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ

โรคประจำตัว (โรคไต)

แสดงให้เห็นว่าการมีโรคประจำตัวอาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้า ใกล้เคียงกับ การศึกษาของ วิชุตดา อุ่นแก้ว และปิยธิดา คูหิรัญญ์ตัน⁽⁴¹⁾ ที่พบว่าการมีโรคประจำตัวสามารถทำนาย ภาวะซีมเศร้าในผู้สูงอายุได้ 2.96 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว สำหรับผู้สูงอายุในชมรม แห่งนี้มีเพียง 2 คนเท่านั้นที่มีโรคไตเป็นโรคประจำตัว อีกทั้ง 2 คนดังกล่าวยังเป็นผู้ที่มีภาวะซีมเศร้า ด้วย สอดคล้องกับ อรกนก สังข์พระกร⁽⁶⁰⁾ ที่พบว่าโรคไตมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าในพนักงาน เกษียณอายุ นอกจากนั้นระดับของความเจ็บป่วยจากโรคไตเรื้อรังยังสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าด้วย จากการศึกษาของ ศาสตรา เข้มบุพผา⁽¹⁰⁴⁾ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอายุเฉลี่ย 77.1 ปี พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีภาวะซีมเศร้า และระยะของโรคไตเรื้อรังยังสัมพันธ์กับการเกิด ภาวะซีมเศร้าด้วย ดังนั้นยิ่งระยะของโรคสูง กล่าวคือ เมื่อเป็นโรคไตเรื้อรังในระยะ 3B ระยะที่ 4 และ 5 จะยิ่งมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซีมเศร้ามากกว่าโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 และระยะที่ 3A ทำให้ยิ่ง ระยะของโรคสูงยิ่งทวีความรุนแรงในการเสื่อมของไต โดยผลจากการเป็นโรคไตอาจทำให้ผู้สูงอายุต้อง มีค่าใช้จ่ายในการดูแลโรคประจำตัวนี้มากขึ้น ในกรณีที่ต้องฟอกเลือดหรือล้างไตมีค่าใช้จ่ายสูง (โรคไต เรื้อรังระยะที่ 5) มักจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ต้องปรับตัวอย่างมาก นำไปสู่ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซีมเศร้าได้

ประวัติโรคทางจิตเวช

นอกจากโรคทางสุขภาพกายแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่าประวัติของโรคทางจิตเวชมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีประวัติโรคทางจิตเวชร้อยละ 41.7 มีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับ สุวิทย์ เจริญศักดิ์ และคณะ⁽¹⁰²⁾ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยสูงอายุ คือ การมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และปัจจัยดังกล่าวยังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุด้วย

นอกจากเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแล้ว การมีประวัติโรคทางจิตเวชยังสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ถึง 7.554 เท่า สอดคล้องกับ นิรัชรา ศศิธร⁽⁵⁹⁾ ที่พบว่าประวัติโรคทางจิตเวชมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และการมีประวัติของโรคทางจิตเวชยังสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ ได้ถึง 12.330 เท่า รวมไปถึงการศึกษาจาก อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย และสุชาติ พันธุ์ลาภ⁽¹⁰⁵⁾ ที่พบผลลัพธ์ของประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ในทิศทางบวก นั้นแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางทางจิตใจอยู่แล้วด้วยโรคทางจิตใจบางโรคอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นด้วย ดังนั้น การตรวจสอบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุควรครอบคลุมทั้งโรคทางกายและโรคทางจิตเวชอาจช่วยเหลือพวกเขาได้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับพึงพิงปานกลาง พบว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มีภาวะซึมเศร้า แต่ทว่าโดยส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุ ร้อยละ 79.1 ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ สอดคล้องกับ ชัยวัฒน์ อินไชยา, โสภิตน แสงอ่อน, และพัชรินทร์ นินทจันทร์⁽⁴²⁾ ที่พบว่าความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการศึกษาของ ปุณิกา กิตติกุลธนนท์ พัทธินทร์ นินทจันทร์ และโสภิตน แสงอ่อน⁽¹⁰⁶⁾ พบว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับเล็กน้อยกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กล่าวคือ ในกลุ่มของผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้อย่างอิสระ ทำกิจกรรมที่ตนสนใจ ช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ จะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุปฏิบัติหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันได้ไม่เต็มที่จะสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ผลการศึกษา

ครั้งนี้ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปานกลางในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างอิสระถึง 9.295 เท่า นั้นแสดงให้เห็นว่า การต้องพึ่งพิงผู้อื่นในบางครั้งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง ที่ต้องลำบากในการขอความช่วยเหลือต่อผู้อื่นแม้จะเป็นคนในครอบครัว แต่นั่นอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคิดทางลบต่อตนเองที่ตนกลายเป็นภาระของผู้อื่น และศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันก็ลดลงต่างไปจากวัยก่อนหน้านี้ อาจส่งผลต่อการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคม การออกไปพบปะเพื่อนฝูงที่ทำได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ติดบ้านมากขึ้น ในบางครั้งอาจพบว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอาจลดลงเนื่องจากโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับ ศิริอร สิ้นธุ รสสุคนธ์ วาริทสกุล และอรรวมล ศรียุกตศุทธ⁽¹⁰⁷⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มาล้างไตทางช่องท้องมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 31 อีกทั้งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ดังนั้น ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังนอกจากจะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้ดีแล้วยังมีแนวโน้มภาวะซึมเศร้าสูงด้วย

ปัจจัยทางจิตสังคม

การศึกษาครั้งนี้พบผลเกี่ยวกับความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปี ทางด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อีกทั้งยังสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ในกรณีของความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในระดับกลางถึงสูง และด้านสังคมในระดับสูง สอดคล้องกับ นิรัชรา ศศิธร และอรณก สังข์พระกร⁽⁵⁹⁾ ที่พบว่าความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และการเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูงยังสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ 10.25 เท่า และ 3.62 เท่า ตามลำดับ รวมถึงผลการศึกษาของ มุจรินทร์ พุทธเมตตา พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ดังนั้นหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมากขึ้น จะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นด้วย

ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตด้านเศรษฐกิจในช่วง 1 ปี

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่เผชิญกับความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับกลางถึงสูงมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 75.0 ซึ่งแตกต่างอย่างมากกับกลุ่มผู้สูงอายุที่เผชิญกับเหตุการณ์ดังกล่าวในระดับต่ำ พบภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 25.0 ทำให้อำนาจในการ

ทำนายของผู้สูงอายุที่เผชิญกับความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตด้านเศรษฐกิจในระดับกลางถึงสูงมีโอกาสของการมีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่เผชิญกับเหตุการณ์ดังกล่าวในระดับต่ำ 11.194 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จะเห็นได้ว่าในช่วงของการเก็บข้อมูลเป็นช่วงเดียวกันกับการระบาดของโควิด-19 ในช่วงแรกที่มีความรุนแรงสูงมาก ทั้งทางด้านสุขภาพกายใจ และผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจในภาพรวมของทุกประเทศ ทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางการเงินและเศรษฐกิจของธุรกิจที่ต้องปรับตัวอย่างมาก บ้างยังพุงตนเองได้ บ้างต้องปิดตัวลง นั้นหมายถึงสภาพทางการเงินที่ไม่คล่องตัวดั้งเดิม ความไม่มั่นคงนี้ส่งผลต่อสถานะทางการเงินของครอบครัวต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุบางท่านอาจอยู่ในช่วงเกษียณอายุหรือบางท่านไม่ได้ทำงานแล้ว แต่นั่นก็ยังคงกระทบต่อการเงินของครอบครัวอยู่ดี สมาชิกในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนการใช้เงินใหม่ เนื่องจากรายได้ที่มีอาจลดลง และในกรณีที่มีรายแรงหัวหน้าครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักของครอบครัวถูกขอให้ออกจากงานหรือกิจการของตนเองเข้าสู่ภาวะวิกฤต ผลกระทบนี้ไม่เพียงส่งผลต่อผู้ดูแลหลักของครอบครัว แต่ทว่าผู้สูงอายุก็สามารถรับรู้ได้ถึงความเครียดภายในครอบครัวได้ ถึงสถานะการเงินที่อาจฝืดเคือง จำกัดมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถใช้จ่ายได้อย่างที่ต้องการเหมือนในอดีต ผู้สูงอายุบางท่านที่ได้รับเงินหลังเกษียณน้อยลง อาจรู้สึกว่าคุณสมบัติที่จะกลับไปหางานทำเพื่อหาเงินมาจุนเจือครอบครัวได้เหมือนแต่เดิม อาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุรู้สึกเครียด กังวล และกลายเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33.3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตด้านสังคมในช่วง 1 ปี

นอกจากนั้นแล้วผู้สูงอายุที่เผชิญกับความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดด้านสังคมอยู่ในระดับสูง มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 58.3 เทียบกับในกลุ่มที่เผชิญกับเหตุการณ์ดังกล่าวในระดับต่ำที่พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 41.7 ส่งผลให้ผู้สูงอายุเผชิญกับความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตด้านสังคมสูงมีโอกาสของการมีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่เผชิญกับเหตุการณ์ดังกล่าวในระดับต่ำ 6.456 เท่า จากสถานการณ์ดังกล่าวอาจยังมีบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ความเครียดในช่วงการระบาดของโควิด-19 เปรียบเสมือนวิกฤตการณ์ใหญ่ระดับโลกที่ยังคงต้องหาทางป้องกันแก้ไขในช่วงดังกล่าวที่เก็บข้อมูลนั้น ยังไม่พบว่ามีกรณีค้นพบวัคซีนที่ทันท่วงทีเพื่อมาใช้ในการรักษาหรือป้องกันผู้ป่วยที่ติดเชื้อดังกล่าว ผู้สูงอายุที่ถือว่าเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางสุขภาพอยู่แล้วมีความ

เสี่ยงอย่างมากที่อาจจะติดเชื้อได้ ในขั้นรุนแรงอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ผู้สูงอายุบางท่านอาจเผชิญกับการสูญเสียบุคคลในครอบครัว คนใกล้ชิด ญาติ เพื่อน ไปจากสถานการณ์ดังกล่าว และตนก็ไม่อาจเข้าไปร่วมแสดงความเสียใจในพิธีกรรมทางศาสนาได้ เนื่องจากมาตรการรักษาระยะห่างและการจำกัดการออกจากบ้านด้วยการกักตัว อีกทั้งการออกไปพบปะผู้คนอาจเพิ่มความเสี่ยงให้ตนต้องติดเชื้อได้ ทำให้การเข้าสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดน้อยลง ต้องอยู่แต่ในบ้านกับสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น ในบางครอบครัวการอยู่ด้วยกันนาน ๆ โดยการกักตัวมาสามารถไปไหนได้ กลับเพิ่มความเครียด ความกดดัน ความขัดแย้งให้แก่สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุ กรณีร้ายแรงอาจมีการทะเลาะวิวาทหรือทำร้ายร่างกายกันได้ ทำให้ครอบครัวกลายเป็นพื้นที่ที่ไม่ปลอดภัยอีกต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Dyer CB และคณะ⁽²⁹⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมหรือถูกละเลย มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าและถูกทอดทิ้ง ดังนั้น ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัวควรให้ความสำคัญกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในครอบครัว เนื่องจากพวกเขาไม่ได้มีงานทำแล้ว การพบปะกับผู้อื่นก็ลดลง รวมถึงบางกรณีที่ถูกหลอกลอนย้ายไปสร้างครอบครัวใหม่ ยิ่งทำให้ปฏิสัมพันธ์ต่อสังคมของผู้สูงอายุลดลง และก่อให้เกิดเป็นอารมณ์และความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ

กิจกรรมออกกำลังกายของชมรม

ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ พบว่ากิจกรรมออกกำลังกายของชมรมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายนี้และมีภาวะซึมเศร้า มีเพียงร้อยละ 8.3 เท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษา วิชูดา อุ๋นแก้ว และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ ที่พบว่าการออกกำลังกายช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 67 เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกาย อีกทั้งผลลัพธ์ครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ของ De Sousa RA, Rocha-Dias I, de Oliveira LR, Improta-Caria AC, Monteiro-Junior RS, Cassilhas RC⁽¹⁰⁸⁾ ที่ชี้ให้เห็นว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อสุขภาพจิตและลดการก่อตัวของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยแนะนำถึงการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ความหนักปานกลางนาน 60 นาทีต่อครั้ง และทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เนื่องจากการออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และประหยัด เช่นเดียวกับกับ Cui Y, Huang C, Gong Q, Guo F, Li W, Zhang L, Cai X, Wang Y⁽¹⁰⁹⁾ ที่สนับสนุนการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับการลดลงของภาวะซึมเศร้า แต่ทว่าผลการศึกษาในครั้งนี้และ

ผลการศึกษานับสนุนที่กล่าวไปข้างต้นไม่สอดคล้องกับ Sarid O, Melzer I, Kurz I, Shahar DR, Ruch W⁽¹¹⁰⁾ เนื่องจากไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้ดูแลกิจกรรมออกกำลังกายหรือผู้เกี่ยวข้องในกิจกรรมชมรมของผู้สูงอายุควรประเมินถึงกิจกรรมการออกกำลังกายที่พอเหมาะหรือเหมาะสมกับผู้สูงอายุในชมรม เพื่อไม่สร้างความตึงเครียดจนเกินไป

โดยกิจกรรมออกกำลังกายในปัจจุบันยังแสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายมีความสำคัญกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย ได้มีโอกาสเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสม ได้ทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนสมาชิกชมรม รวมไปถึงการสะท้อนมองตนเองในด้านความสามารถทางร่างกายของตัวที่ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ สอดคล้องกับผลของการเก็บข้อมูลเรื่องการออกกำลังกาย พบว่าร้อยละ 33.3 ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ออกกำลังกาย ผลดีของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุจะช่วยชะลอความเสื่อมของระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัย เพิ่มความยืดหยุ่นและความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนเลือดทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น การทำงานของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ กระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกาย ลดคอเลสเตอรอล เมื่อร่างกายของผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี เพราะหลังการออกกำลังกายร่างกายจะมีการหลั่งสารเอ็นโดฟินที่ทำให้ร่างกายรู้สึกผ่อนคลาย^(49, 111)

กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์/จิตอาสาของชมรม

นอกจากกิจกรรมทางด้านการเคลื่อนไหวที่ส่งผลดีต่อผู้สูงอายุแล้ว การทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวทางร่างกายหรือด้วยจิตใจเพื่อผู้อื่นยังพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าด้วย โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์/จิตอาสาของชมรมผู้สูงอายุแห่งนี้ เป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด สำหรับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมนี้ไม่พบว่ามีภาวะซึมเศร้าเลย แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมดังกล่าวนี้สะท้อนถึงการทำเพื่อผู้อื่นด้วยใจ สอดคล้องกับพัฒนาการในขั้นที่ 8 ของ Erikson⁽²⁷⁾ ที่ระบุว่าผู้สูงอายุที่บรรลุขั้นพัฒนาการก่อนหน้านี้มาด้วยความภาคภูมิใจ รู้สึกยินดีกับความสำเร็จและความผิดหวังที่ผ่านมา เตรียมพร้อมรับมืออย่างเหมาะสมกับชีวิตในบั้นปลายชีวิต และพร้อมที่จะช่วยเหลือแบ่งปันความรู้ความสามารถของตนเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นอย่างเต็มใจ นั่นสะท้อนให้เห็นถึงการถึงวัยสูงอายุอย่างมั่นคงสมบูรณ์ และนั่นยังสะท้อนให้เห็นว่าตนยังมีคุณค่าต่อ

สังคมและทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง แม้จะไม่สามารถช่วยได้มากมกแต่นั้นก็มาจากความเต็มใจที่จะช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงเปรียบเทียบของ Hunter KI, Linn MW.⁽¹¹²⁾ พบว่าผู้สูงอายุที่ทำงานอาสาสมัครมีระดับความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้น มีความตั้งใจที่จะมีชีวิตอยู่มากขึ้น และมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และรู้สึกไม่สบายกายน้อยลง เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่เกษียณแล้วแต่ไม่ได้ทำกิจกรรมประเภทใดเลย รวมถึงกิจกรรมทางสังคมมีผลทางลบกับภาวะซึมเศร้าและมีผลทางบวกกับความเป็นอยู่ที่ดีของชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ (Kim NH, Jung MS)⁽¹¹³⁾ ผลลัพธ์แสดงให้เห็นว่าการร่วมกิจกรรมเพื่อสังคม การช่วยเหลือ การเป็นอาสาสมัคร ร่วมงานจิตอาสา ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล รวมถึงเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดีและความพึงพอใจในชีวิตบนปลายของผู้สูงอายุ และยังพบอีกว่ากิจกรรมจิตอาสาเกี่ยวกับศาสนามีประโยชน์ต่อสุขภาพจิตมากกว่ากิจกรรมจิตอาสาเพื่อการกุศลทั่วไป โดยพบผลเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น (Musick MA, Wilson J)⁽¹¹⁴⁾ แต่ทว่าผลการศึกษาครั้งนี้และที่กล่าวมาไม่สอดคล้องกับ Lee SH, Kim YB⁽¹¹⁵⁾ ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสังคมของผู้สูงอายุ เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา งานอาสาสมัคร ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง

กิจกรรมชมรมทั้ง 2 กิจกรรมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชมรมแห่งนี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาที่ผ่านมายังแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการให้ความช่วยเหลือที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarid O, Melzer I, Kurz I, Shahar DR, Ruch W⁽¹¹⁰⁾ ที่พบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับกิจกรรมสนับสนุนผู้อื่นและกิจกรรมอาสาสมัคร และพฤติกรรมการช่วยเหลือนี้ยังสัมพันธ์เชิงบวกกับกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุด้วย เนื่องจากการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่าเริงและความกระฉับกระเฉง ซึ่งสามารถเชื่อมโยงทางบวกระหว่างพฤติกรรมการช่วยเหลือและการออกกำลังกายสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการปรับตัวตามวัย ที่คำนึงถึงประโยชน์ทางจิตใจจากการทำกิจกรรมที่หลากหลายในช่วงวัยชราที่เน้นกิจกรรมเพื่อผู้อื่นและพฤติกรรมการช่วยเหลือ ซึ่งพฤติกรรมการช่วยเหลือนี้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า กล่าวคือการมีพฤติกรรมช่วยเหลือช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

แต่ทว่า ไม่ว่าจะเป็กิจกรรมใดใดของชมรมแห่งนี้ ล้วนแล้วแต่แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ จะมีภาวะซึมเศร้าในอัตราที่น้อย เช่น กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมฝึกสมาธิ และกิจกรรมประเพณี/ศาสนา พบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพียง 1 คนในแต่ละ

กิจกรรม ในขณะที่กิจกรรมฝึกอาชีพ กิจกรรมทัศนศึกษา กิจกรรมนันทนาการ และกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์/จิตอาสา ไม่พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่มีภาวะซึมเศร้าเลย ยกเว้นกิจกรรมประชุม และกิจกรรมจรรยาบรรณประจำปี พบผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 100 และ 50 ตามลำดับ

รูปแบบการป้องกันทางจิต

ผลจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนรูปแบบการป้องกันทางจิตแบบกลุ่ม (Image Distorting Defenses, Affect Regulating Defenses, และ Adaptive Defenses) ระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพื่อพิจารณาในรูปแบบของคะแนนเฉลี่ย พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยในกลุ่ม Image Distorting Defenses และกลุ่ม Affect Regulating Defenses สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่ทว่าในกลุ่ม Adaptive Defenses ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า นั่นคือ 5.62 และ 6.08 ตามลำดับ

หากพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนรูปแบบการป้องกันทางจิตในรายรูปแบบระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า ยังสามารถพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในความแตกต่างของการใช้การป้องกันทางจิตในรายย่อย ได้แก่ Passive-Aggressive, Help-rejecting Complaining, Affiliation, Devaluation of Other, Anticipation, Sublimation, Self-Observation, และ Reaction Formation ผู้วิจัยจึงขออภิปรายในรายกลุ่มของการป้องกันทางจิต ดังนี้

กลุ่ม Image Distorting Defenses

ในรูปแบบ Passive-Aggressive และ Help-rejecting Complaining ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 และ 5.33 ตามลำดับ และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.18 และ 3.92 ตามลำดับ ทั้งสองรูปแบบเป็น Action Defenses โดยพฤติกรรมที่แสดงออกทั้งสองรูปแบบนั้นเกี่ยวข้องกับความคิด อารมณ์ ที่แสดงออกมาในทางลบ เป็นรูปแบบของการป้องกันทางจิตที่ขาดวุฒิภาวะ ไม่สอดคล้องกับวัย สอดคล้องกับ Cramer P⁽⁶⁵⁾ ที่ระบุว่า การปรับตัวได้ดี มีความสัมพันธ์ทางลบกับรูปแบบ Passive-Aggressive อีกทั้ง จิตพยาธิสภาพ (Psychopathology) ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับรูปแบบ Action Defenses ผลลัพธ์จึงแสดงให้เห็น

เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะเลือกใช้รูปแบบทั้ง 2 มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Margo GM และคณะ⁽⁷⁵⁾ ที่พบว่าคนที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองและประสบการณ์ในรูปแบบทางลบมากกว่า เป็นผลให้การรู้คิดบิดเบี้ยว ไม่เป็นไปตามความเป็นจริง เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีความซึมเศร้า

การแสดงพฤติกรรมในรูปแบบ Passive-Aggressive ของผู้สูงอายุอาจแสดงออกด้วยการแสดงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายน้อยเพื่อต่อต้าน เช่น การทำท่าทางหงุดหงิด ฉวัดเฉวียนกับสมาชิกในครอบครัว แต่ทว่าเมื่อมีคนสอบถามกลับตอบว่าตนสบายดี ไม่ได้มีอะไรที่น่ากังวล จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมที่แสดงออกกับสิ่งที่อยู่ในใจหรือความคิด ไม่สอดคล้องกัน เป็นต้น ด้านการแสดงพฤติกรรมในรูปแบบ Help-rejecting Complaining ของผู้สูงอายุ เช่น การพรวดพราด ๑ ให้ลูกหลานได้ยิน แต่ทว่าเมื่อลูกหลานจะเข้ามาช่วยเหลือ ช่วยแก้ปัญหา กลับเลือกที่จะปฏิเสธไม่ยอมรับในความช่วยเหลือนั้น และระบุว่าตนจะจัดการปัญหาเอง เป็นต้น โดยทั้งสองรูปแบบสามารถสร้างปัญหา ความขัดแย้งทั้งภายในผู้สูงอายุเองและกับผู้นรอบข้างด้วย ทำให้ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในความสัมพันธ์ที่ไม่ดี ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวอย่างไม่เหมาะสม (Family Dysfunction) สมาชิกในครอบครัวเกิดความขัดแย้งระหว่างกัน เกิดระยะห่างระหว่างวัย เนื่องจากการไม่สามารถสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา การปรับตัวไม่ได้ นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Souza RA และคณะ⁽³⁴⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่อยู่ในครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างปกติ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มเพศหญิงชาวเอเชียใต้ (Methikalani B, Sandhu SK, McClincey S)⁽¹¹⁶⁾ ระบุว่า วัฒนธรรมเอเชียใต้ค่อนข้างซับซ้อน มักเน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัวและวัฒนธรรม ซึ่งผลจากการมีปฏิสัมพันธ์นั้น ก็ก่อให้เกิดเป็นที่มาของปัญหาสุขภาพจิตได้ที่มีสาเหตุมาจากความขัดแย้งทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง

กลุ่ม Affect Regulating Defenses

ในรูปแบบ Affiliation และ Devaluation of Other ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.96 และ 4.67 ตามลำดับ และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีความซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.63 และ 3.25 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่มีความซึมเศร้ามีคะแนนรูปแบบ Affiliation ต่ำ และคะแนนรูปแบบ Devaluation of Other ที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า โดยทั้งสองรูปแบบนี้เป็นกลุ่มรูปแบบการป้องกันทางจิตที่นำมาใช้เมื่ออยู่ในสถานการณ์ดังเครียด ด้วยการ

เพิกเฉย หรือเก็บกดอารมณ์ไว้ ซึ่งเป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับบุคลิกภาวะ แต่ส่วนหนึ่งของการเลือกใช้รูปแบบดังกล่าวนี้เกี่ยวข้องกับคุณค่าในตนเอง⁽⁷¹⁾ (Psychodynamic Treatment of Depression 2)

การเห็นคุณค่าของตนเองผ่านรูปแบบ Affiliation เป็นความสำเร็จในการแก้ปัญหาหรือความพึงพอใจที่มาจากความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง โดยยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น เพื่อน หรือผู้ใหญ่ที่ไม่ใช่คนในครอบครัว (Cramer P)⁽⁶⁵⁾ สำหรับผู้สูงอายุ นั้นหมายถึง การยอมรับในการเปลี่ยนแปลงของความเสื่อมของตน และเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้รับบ้าง ยินดี ยินยอมที่จะรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น องค์กรที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุ การรับเงินช่วยเหลือเยียวยาจากหน่วยงาน รวมไปถึงการสนับสนุนทางอารมณ์ หรือสังคมก็เป็นได้ ทำให้ผู้สูงอายุที่สามารถยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้น การแสดงให้ผู้สูงอายุเห็นว่า การที่ท่านได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลไม่ได้หมายความว่าท่านไม่ได้มีคุณค่าในตนเองลดลง สอดคล้องกับ Yoelao D, Thammapitak P, Prasertsin U⁽³⁶⁾ ที่พบว่า การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนทางการเคารพ และการสนับสนุนทางข้อมูล มีความสำคัญพอ ๆ กันกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีอิทธิพลในทางลบกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ดังนั้น การดูแลที่มีคุณภาพดี มี 4 มิติ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์และความเป็นอยู่ที่ดี ความสามารถในการทำงานและความเป็นอิสระของตนเอกลักษณ์ทางสังคม และการบริการด้านการดูแล

สำหรับรูปแบบ Devaluation of Other เป็นการลดการเห็นคุณค่าในตัวผู้อื่น ซึ่งรูปแบบ Devaluation มักพบในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า โรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบหวาดระแวง มีอาการหลงตัวเอง และภาวะบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง โดยจะเลือกรูปแบบนี้มาใช้เพื่อจัดการกับความขัดแย้งภายในตนเอง สอดคล้องกับข้อมูลจาก Psychodynamic Treatment of Depression 2 ที่ระบุว่า กลไกหลักของผู้มีภาวะซึมเศร้าและเลือกใช้รูปแบบดังกล่าวนี้มาจากความคาดหวังในการลดคุณค่าทางอุดมคติ ลดการนับถือของของตนเองและผู้อื่น ซึ่งในกรณีนี้เป็นไปเพื่อลดคุณค่าของผู้อื่น (Devaluation of Other) เหตุผลที่ต้องทำเช่นนั้นเพื่อลดคุณค่าผู้อื่นเพื่อเสริมความนับถือหรือยกย่องตนเอง แต่ผลลัพธ์ที่ตามมากลับกลายเป็นการโกรธผู้อื่นแทน ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุบางท่านอาจมองผู้สูงอายุบางท่านในกลุ่มว่าเป็นที่ทำอะไรซ้ำ ทำให้กระบวนการจัดกิจกรรมภายในกลุ่มต้องเข้าไปด้วย เป็นต้น จากผลคะแนนจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยในรูปแบบนี้สูงกว่ากลุ่มที่

ไม่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากรูปแบบการลดคุณค่าผู้อื่นนี้เกี่ยวข้องกับอารมณ์ทางลบ หากผู้สูงอายุ เก็บความรู้สึกที่ไม่ดีไว้ในจิตใจมากขึ้นเรื่อย ๆ อาจส่งผลต่อปัญหาทางสุขภาพจิตชนิดอื่น ๆ ได้

กลุ่ม Adaptive Defenses

ในกลุ่มรูปแบบที่ปรับตัวได้ตามวุฒิภาวะพบนัยสำคัญของความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รูปแบบ Anticipation ($P < 0.01$), Sublimation ($P < 0.01$), Self-Observation, และ Reaction Formation พบว่าใน 3 รูปแบบแรก ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยที่น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ยกเว้นรูปแบบสุดท้ายที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยที่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สำหรับรูปแบบ Anticipation, Sublimation และ Self-Observation เป็นรูปแบบที่ถือได้ว่าเป็นการป้องกันทางจิตของผู้ที่มีวุฒิภาวะแล้ว สามารถปรับตัวได้ตามสถานการณ์ สามารถแก้ไขปัญหามีเหตุผลบนพื้นฐานของความเป็นจริง สังเกตปัญหาอย่างรอบคอบ เลือกวิธีการตอบสนองอย่างเหมาะสมและเตรียมพร้อมรับมือกับผลลัพธ์ที่อาจตามมา สอดคล้องกับ Vaillant ที่พบว่ารูปแบบ Anticipation และ Sublimation มีแนวโน้มการใช้สูงขึ้นในช่วงวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ กล่าวคือ การใช้ทั้งสองรูปแบบนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุ ในกลุ่มเพศชายที่ใช้การป้องกันทางจิตทั้งสองรูปแบบนี้จะสัมพันธ์กับการบรรลุหรือประสบความสำเร็จในการก้าวข้ามผ่านขั้นพัฒนาการทางจิตสังคมระดับสูงของ Erikson⁽²⁷⁾ ดังนั้น การเลือกใช้รูปแบบ Anticipation, Sublimation, และ Self-Observation แสดงให้เห็นถึงการคิดและแสดงออกอย่างผู้มีวุฒิภาวะ แต่ทว่ารูปแบบดังกล่าวนี้จะเริ่มลดลงเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น (Diehl M et al.)⁽⁷⁰⁾ ผลลัพธ์อาจแสดงให้เห็นผ่านศักยภาพในการปรับตัวของผู้สูงอายุในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตหลังจากนี้ว่า พวกเขาสามารถบรรลุพัฒนาการขั้นสุดท้ายของ Erikson⁽²⁷⁾ ไปในทิศทางใด หากพวกเขาเลือกใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตที่สามารถรับมือกับปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสมก็จะสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้

สำหรับรูปแบบ Reaction Formation พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า เป็นรูปแบบที่พบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้า (Psychodynamic Treatment of Depression 1) โดยรูปแบบดังกล่าวนี้เป็นการแสดงพฤติกรรมที่ตรงข้ามกับความรู้สึกที่แท้จริง ทั้งนี้เพื่อทำให้ตนเองสบายใจขึ้น ป้องกันความรู้สึกผิดหรือการมีความคิดที่เป็นอันตราย หรือไม่เป็นที่ปรารถนาต่อบุคคลอื่น หรือสังคม สอดคล้องกับการพยายามทำตามความปรารถนาของสังคม (Social

Desirability) อีกทั้งการใช้รูปแบบ Reaction Formation ยังสัมพันธ์สูงกับความล้มเหลวในการแสดงออก เช่น รูปแบบ Repression รวมถึงยังสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลด้วย ซึ่งตามบทบาททางเพศแล้ว เพศหญิงมักจะใช้รูปแบบ Reaction Formation มากกว่าเพศชาย ซึ่งรูปแบบการกระทำที่ตรงกันข้ามนี้จะลดลงจากช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ (Vaillant)

รูปแบบการป้องกันทางจิตที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้รูปแบบ Passive-Aggressive, Reaction Formation, และการไม่ค่อยใช้รูปแบบ Sublimation โดยสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ 19.783 เท่า, 9.472 เท่า, และ 7.049 เท่า ตามลำดับ โดยที่ 2 รูปแบบแรกนั้นพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยการป้องกันทางจิตทั้ง 3 รูปแบบนั้นล้วนแล้วแต่เกี่ยวข้องกับการจัดการความขัดแย้งทางอารมณ์ และความคิดของตนเอง

ผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเลือกใช้รูปแบบ Passive-Aggressive ยังคงพบว่าตนเองยังมีความขัดแย้งทางอารมณ์ภายในตนอยู่ โดยซ่อนความไม่เป็นมิตรเอาไว้และพร้อมที่แสดงออกให้อีกฝ่ายรู้ว่าตนนั้นก็ไม่ได้สนใจ แม้ภายนอกจะมีท่าทีประนีประนอมอ่อนปรน แต่นั่นคือการแสดงออกถึงการต่อต้านอย่างเงียบ ๆ ผู้สูงอายุอาจแสดงออกมาด้วยการพูดทำร้ายจิตใจลูกหลานหรือคู่สมรส คือ ไม่ยอมไปพบแพทย์ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษากับแพทย์ รับประทานแต่ไม่ยอมทานยา เป็นต้น ทางด้าน Reaction Formation ก็เป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการแสดง พฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกในทางตรงกันข้าม ขัดแย้งกับสิ่งที่แท้จริงในจิตใจหรือความคิด เนื่องจากแรงผลักดันภายในหากปรากฏออกมาอาจไม่เป็นที่ยอมรับทั้งตนเอง ผู้อื่น สังคม ผิดต่อกฎหมาย ทำให้ตนอับอาย และนั่นทำให้เกิดความขัดแย้งทางอารมณ์ภายในตน ตัวอย่างเช่น การที่ผู้สูงอายุต้องการให้ลูกหลานมาเยี่ยมหา มาดูแล แต่กลับพฤติกรรมเพิกเฉย หลบหลีก ปลีกตัวออกไป เมื่อลูกหลานมาเยี่ยม โดยไม่บอกถึงความต้องการที่แท้จริงของตน เป็นต้น พฤติกรรมอันเป็นผลสะท้อนจากการใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตทั้ง 2 ชนิด นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากอารมณ์ทางลบ ความขัดแย้งภายในตนเอง ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม อาจจะเนื่องด้วยวิถีหรืออึดตายของผู้สูงอายุก็ตาม สอดคล้องกับ Psychodynamic Treatment of Depression 2 ที่ระบุว่าพลวัตหรือวงจรของภาวะซึมเศร้าเริ่มมาจากความเปราะบางที่ส่งผลให้เกิดความอ่อนไหวต่อความผิดหวังและการถูกปฏิเสธ ส่งผลให้เกิดความโกรธเกรี้ยวได้ง่าย นำไปสู่ความผิดหวัง ไร้ค่า กลายเป็นนำความโกรธ ความเครียด อารมณ์ทางลบมุ่งเข้าไปหาตนเองแทน และทำให้เกิดแผลในของการเห็นคุณค่าในตนเอง แต่กลับเพิ่มความเปราะบาง

แบบหลงตัวเองขึ้นมาเพิ่ม จากนั้นวงจรดังกล่าวก็เกิดขึ้นซ้ำอีกหลาย ๆ ครั้ง โดยสาเหตุหลักของการเกิดวงจรดังกล่าวมาจากการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและความโกรธ ซึ่งการป้องกันทางจิตทั้ง Passive-Aggressive และ Reaction Formation เป็นรูปแบบที่พบได้ในผู้มีภาวะซึมเศร้า เพื่อป้องกันและปิดป้องผลกระทบอันเจ็บปวดจากความเศร้าที่ตนได้รับและมักจะส่งผลให้การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง แม้จะพยายามหาทางลดความเจ็บปวดแต่ทว่ายิ่งส่งผลให้อาการซึมเศร้าทวีความรุนแรงขึ้นเนื่องจากแสดงออกในทางที่ไม่ถูกต้อง กลายเป็นความล้มเหลวของ Ego Ideal และ การลงโทษจาก Superego

ดังนั้น หากผู้สูงอายุเลือกนำมาใช้บ่อยครั้งอาจส่งผลต่อปัญหาทางอารมณ์และปัญหาทางสุขภาพจิตได้ เนื่องจากแรงขับ แรงผลักดัน ความคิด การกระทำ มีความขัดแย้งกันอยู่ตลอด หากไม่แก้ปัญหาอย่างตรงจุดอย่างเหมาะสม จึงมีแนวโน้มเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าได้

สำหรับการป้องกันทางจิตรูปแบบ Sublimation เป็นการแปลงแรงผลักดันจากภายใน ที่เมื่อแสดงออกมาแล้วจะเป็นไปในทิศทางที่สังคมไม่ยอมรับ ผิดต่อศีลธรรม กฎหมาย บุคคลจึงต้องผันเปลี่ยนแรงผลักดันไปในทิศทางที่สร้างสรรค์และเหมาะสมแทน เพื่อให้ตนยังได้รับการยอมรับด้วย ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้รูปแบบดังกล่าวน้อยหรือไม่ใช้นั้นสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนในรูปแบบดังกล่าวน้อยกว่า นั่นหมายความว่า หากผู้สูงอายุไม่ได้เลือกใช้การป้องกันทางจิตแบบ Sublimation เพื่อจัดการกับแรงขับภายในตนก่อนปล่อยหรือแสดงเป็นพฤติกรรมออกสู่ภายนอกทันที แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการควบคุมตนเองลดลง อาจส่งผลเสียต่อผู้สูงอายุเองรวมถึงความสัมพันธ์กับครอบครัว ทำให้คู่สมรสหรือลูกหลานพยายามหลีกเลี่ยงการเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุท่านั้น การศึกษาของ Diehl M และคณะ⁽⁷⁰⁾ พบว่าการใช้ Sublimation จะเพิ่มขึ้นตั้งแต่วัยรุ่นจนถึงวัยชราตอนต้นและคงที่จนถึงวัยชราตอนปลาย แต่ทว่าในช่วงวัยชราตอนปลายการใช้รูปแบบดังกล่าวอาจเกิดในทิศทางตรงกันข้ามได้ เช่น วัยสูงอายุลดการใช้รูปแบบ Sublimation ทั้งที่ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตนนั้นก็ยังใช้รูปแบบดังกล่าว แต่พออายุมากขึ้นการใช้รูปแบบดังกล่าวก็ลดลง ดังนั้น ผู้สูงอายุควรได้รับการแนะนำเกี่ยวกับการจัดการและควบคุมอารมณ์ของตนเอง จากการศึกษาของ de Roten Y และคณะ⁽⁸³⁾ พบว่าการทำจิตบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีการใช้การป้องกันทางจิตรูปแบบ Adaptive Defenses มากขึ้น ในขณะที่การใช้รูปแบบ Immature Defenses ลดลงตลอดการบำบัด

ดังนั้น จากผลของรูปแบบการป้องกันทางจิตที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุควรสนับสนุนวิธีการของการรับมือจัดการที่ปรับตัวได้ (Adaptive Coping) แก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากรูปแบบการป้องกันทางจิตที่เหมาะสมกับวัย จะช่วยเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุยังคงเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถรักษาความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวและสังคมได้ ยังผลต่อสุขภาพกายและจิตที่ดี ลดการมีภาวะซึมเศร้าในบั้นปลายของชีวิตและการเตรียมพร้อมรับมือกับช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตอย่างที่คาดหวังไว้

ข้อจำกัดและอุปสรรคในการวิจัย

1. รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Design) โดยเป้าหมายเพื่อหาภาวะซึมเศร้า รูปแบบการป้องกันทางจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 เท่านั้น ผลการศึกษาที่ได้อาจบอกเพียงผลการศึกษาในผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 เท่านั้น จึงไม่สามารถอนุมานไปยังประชากรผู้สูงอายุกลุ่มอื่นได้
2. ผู้สูงอายุบางท่านมีปัญหาทางการได้ยินและการมองเห็นที่ไม่ชัดเจน ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การอ่านข้อความด้วยตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้วิธีอ่านข้อความนั้น ๆ ให้ฟังซ้ำ ๆ ด้วยระดับเสียงที่ชัดเจนทีละคน โดยผู้สูงอายุจะเป็นผู้ตอบคำถามนั้น ๆ ด้วยตนเอง
3. ข้อคำถามบางข้อในแบบประเมินรูปแบบการป้องกันทางจิต หรือแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอาจต้องตีความหรืออธิบายเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการที่จะวัด ดังนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแก้ไขโดยการอธิบายข้อมูลเพิ่มเติมด้วยประโยคที่คล้ายคลึงกัน ให้มีความหมายครอบคลุมข้อความนั้น ๆ โดยไม่มีการชี้ขาดใดใดจากการอธิบายเพิ่มเติมนั้น
4. ในกรณีที่ผู้สูงอายุมาอยู่รวมกันในชมรมจำนวนมาก และหลายท่านต้องการความช่วยเหลือจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในการอำนวยความสะดวกต่อการตอบแบบสอบถาม สามารถแก้ไขได้โดยการจัดห้องประชุมให้ผู้สูงอายุนั่งทำแบบสอบถาม โดยให้ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อความต่าง ๆ ทีละข้อซ้ำ ๆ ด้วยน้ำเสียงที่ชัดเจนผ่านเครื่องขยายเสียง จากนั้นให้ผู้สูงอายุตอบคำถามข้อนั้น ๆ ไปพร้อม ๆ กันทีละข้อ โดยระหว่างการทำแบบสอบถามให้ผู้ช่วยวิจัยคอยสำรวจและช่วยเหลือผู้สูงอายุบางท่าน และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พักระหว่างการทำแบบสอบถามแต่ละชุด

5. การเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุด้วยแบบสอบถามหลายฉบับ ทำให้มีจำนวนข้อคำถามจำนวนมาก ส่งผลให้การตอบแบบสอบถามจากกลุ่มผู้สูงอายุใช้เวลาค่อนข้างนาน ผู้สูงอายุบางท่านอาจแสดงความรู้สึกเมื่อยล้า ผู้วิจัยอาจแก้ไขได้โดยการให้ผู้สูงอายุพักการตอบแบบสอบถาม 5-10 นาที และกลับมาตอบแบบสอบถามอีกครั้ง

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติการ

1. สามารถนำข้อมูลไปใช้เพื่อเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือภายในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 ได้แก่ การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศชายในชมรมที่อาจจะมีภาวะซึมเศร้า แต่ทว่าพยายามกดเก็บไว้ หรือแม้แต่ผู้สูงอายุเองก็ไม่ทราบว่าตนกำลังเผชิญกับภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

2. นำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รวมทั้งพัฒนาโปรแกรมบำบัดการใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการไม่สามารถจัดการกับอารมณ์และความขัดแย้งภายในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุเลือกใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตที่เหมาะสม ผู้เกี่ยวข้องอาจจัดกิจกรรมหรือให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์และความเครียดในวัยสูงอายุ

3. การศึกษาครั้งนี้พบผลที่น่าสนใจว่าโดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุแห่งนี้ใช้การป้องกันทางจิตในกลุ่ม Adaptive Defenses โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Altruism และ Anticipation ซึ่งควรส่งเสริมให้ยังคงใช้รูปแบบดังกล่าวและรูปแบบอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับวัยต่อไป

4. การเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเปราะบางหรือเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้ง่าย เช่น การมีโรคประจำตัว (โรคไต) และการมีประวัติโรคทางจิตเวช

5. การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของชมรม เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชมรม เพื่อส่งเสริมการเข้าร่วมกลุ่ม ทำกิจกรรมร่วมกัน ให้ผู้สูงอายุยังคงมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ลดการอยู่คนเดียว โดยกิจกรรมที่พบว่าควรส่งเสริม เช่น กิจกรรมออกกำลังกายและกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์/จิตอาสา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

1. การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการใช้รูปแบบการป้องกันทางจิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา เพื่อศึกษาที่อยู่อาศัยมีผลต่อการใช้รูปแบบป้องกันทางจิตของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มหรือไม่

2. การเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างเดิมอีกครั้ง เพื่อศึกษาทิศทางหรือแนวโน้มของการใช้การป้องกันทางจิตว่าแต่ละรูปแบบมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด หรือการเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในกลุ่มอายุที่แตกต่างกันเพื่อทำการเปรียบเทียบรูปแบบการป้องกันทางจิตที่แต่ละกลุ่มอายุเลือกใช้

3. ในกรณีที่การวิจัยมีแบบสอบถามจำนวนมากหลายข้อ ผู้วิจัยอาจอบรมผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุอีกทางหนึ่ง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บรรณานุกรม

1. The Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. Levels And Trends In Population Ageing World Population Ageing 2015. 2015.
2. อนันต์ อนันตกุล. สังคมสูงวัย ความท้าทายประเทศ2560.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์และแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556 - 2573. ประชากรสูงอายุไทย : ปัจจุบันและอนาคต. 2557.
4. นริสา วงศ์พนารักษ์ ส. ภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ Depression: A Signifiant Mental Health Problem of Elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2015;15(3):24-31.
5. มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคินิชย์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
6. เบลูจวรรณ บุญยะประพันธ์. รูปแบบการใช้กลไกทางจิต : โลกแห่งจิตมนุษย์ (Defense Mechanism Styles : The World of Unconscious Mind). วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์. 2561;11(2).
7. Thygesen KL, Drapeau M, Trijsburg RW, Lecours S, de Roten Y. Assessing defense styles: Factor structure and psychometric properties of the new Defense Style Questionnaire 60 (DSQ-60). International Journal of Psychology & Psychological Therapy. 2008;8:171-81.
8. ศรีประภา ชัยสินธพ. สภาพจิตใจผู้สูงอายุ 25292529.
9. Bond M. Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. Harv Rev Psychiatry. 2004;12(5):263-78.
10. ต้นสาย แก้วสว่าง ศิริรัตน์ เอี่ยมประไพ และภาสกร คุ่มศิริ. กลไกทางจิต: บทความปริทัศน์. วารสารจิตวิทยา. 2565;12((มกราคม-มิถุนายน)):149-65.
11. Blazer DG, Hybels CF, Pieper CF. The association of depression and mortality in elderly persons: a case for multiple, independent pathways. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(8):M505-9.
12. วลัยพร นันทศุภวัฒน์ และคณะ. สุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2552:27-32.
13. Goud AA, Nikhade NS. Prevalence of depression in older adults living in old age home. IAIM. 2015;2(11):1-5.

14. Organization WH. Conquering depression: You can get out of the blues. WHO Regional Office for South-East Asia;; 2001.
15. ณททัย วงศ์ปการันย์ และคณะ. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ : สูตรคลายซึมเศร้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559. 96 p.
16. จำปาวัลย์ ต. แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา. วารสารพุทธจิตวิทยา. 2017;2(2):1-11.
17. นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ. แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. สารศิริราช. 2537;46(1):1-9.
18. พิชญ์ นาวิระ. การศึกษาคุณสมบัติการวัดของ The Defense Style Questionnaire 60 (DSQ-60) ฉบับภาษาไทย. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 2557;45(1).
19. นครพานิช ส. เหตุการณ์ในชีวิตและการปรับตัวในระยะตั้งครรภ์ของหญิงที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2531.
20. Beck AT, Steer, R. A., & Brown, G. . BDI-II: Beck Depression Inventory Manual. Boston: Harcourt Brace; 1996.
21. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. Br J Psychiatry. 1977;130:201-10.
22. นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ. ภาวะซึมเศร้า. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. 2559;19(38):105-18.
23. Gellman M. Encyclopedia of Behavioral Medicine. New York: Springer; 2012. 2116 p.
24. Thongpet/kanchana/Maneeewan. เปิดสถิติ โรคซึมเศร้ากับสังคมไทย ภัยเงียบทางอารมณ์ของคนยุคใหม่. ข่าวสด. 2565.
25. จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
26. ภาณุวัฒน์ก์ ว่องตระกูลเรือง. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ เรื่องสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม. Available from: <https://www.nakornthon.com/article/detail/สุขภาพจิตผู้สูงอายุ-เรื่องสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม>.
27. Erikson E. Child Development. 1902-1994.
28. Braaten EB. The SAGE Encyclopedia of Intellectual and Developmental Disorders. Thousand Oaks,, California2018.
29. Dyer CB, Pavlik VN, Murphy KP, Hyman DJ. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. J Am Geriatr Soc. 2000;48(2):205-8.
30. ประสบสุข ศรีแสนปาง. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: ความลุ่มลึกในการพยาบาล. วารสารพยาบาล

ศาสตร์ □ และสุขภาพ. 2561;41(1):129-40.

31. ต้อยคัมภีร์ อ. เตรียมใจรับมือ ซึมเศร้า เมื่อสูงวัย: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2017 [Available from: <https://www.chula.ac.th/cuinside/5149/>].
32. Sozeri-Varma G. Depression in the elderly: clinical features and risk factors. *Aging Dis.* 2012;3(6):465-71.
33. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113(5):372-87.
34. Souza RA, Desani da Costa G, Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MR, et al. [Family functioning of elderly with depressive symptoms]. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(3):469-76.
35. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet.* 2005;365(9475):1961-70.
36. Yoelao D, Thammakitak P, Prasertsin U. Causes and Effects of Depression and Anxiety Disorders among the Elderly in Thailand. *The Journal of Behavioral Science.* 2016;11(2):51-62.
37. Wongpakaran T, Wongpakaran N, Sirirak T, Arunpongpaisal S, Zimet G. Confirmatory factor analysis of the revised version of the Thai multidimensional scale of perceived social support among the elderly with depression. *Aging Ment Health.* 2018;22(9):1143-8.
38. ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยจิตเวช และโรคซึมเศร้า: สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร; [Available from: <https://webportal.bangkok.go.th/msdbangkok/page/sub/24858/>ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยจิตเวช-และโรคซึมเศร้า.
39. เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ จส, อุมาพร อุดมทรัพย์ากุล,. ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2554;56(2):103-16.
40. Kantamoon W. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน. *EAU Heritage Journal Science and Technology.* 2016;10(3):83-92.
41. วิชิตา อุ่นแก้ว และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน.* 2559;3(4 (ตุลาคม-ธันวาคม)):578-89.
42. ชัยวัฒน์ อินไชยา โสภิตน แสงอ่อน และพัชรินทร์ นินทจันทร์. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.* 2559;30(1 (มกราคม-เมษายน)).
43. วิจิตร แผ่นทอง ออก, วรวิมล แสงทอง, อรอนงค์ นิลพัฒน์, สุนิสา คำชื่น,. ความชุกและปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้. 2563;7(2):114-26.

44. โตสังวาลย์ ส. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2563;26(2 (กรกฎาคม-ธันวาคม)):175-88.

45. อัญชลี พงศ์เกษตร, ชูฮัยลา สะมะแอ, กมลวรรณ วนิชชานนท์, กรกฎ พงศ์เกษตร, ศุภฤกษ์ วิทยกุล. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา: กรณีศึกษาชุมชนฝั่งเมือง 4. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2562;6(3 (กันยายน-ธันวาคม)):14-26.

46. ช่างทอง ฐ, และหิม เ. ปัจจัยจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสังคมศาสตร์ นิติรัฐศาสตร์. 2021;5(2):53-70.

47. เพ็ญศรี หลินศุวนนท์. การศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.

48. Thongtang O, Sukhatunga K, Ngamthipwatthana T, Chulakadabba S, Vuthiganond S, Pooviboonsuk P, et al. Prevalence and incidence of depression in the Thai elderly. J Med Assoc Thai. 2002;85(5):540-4.

49. ชลธิชา บุญศิริ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรพยาบาลกรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2550.

50. โสภณ แสงอ่อน พส, พรทิพย์ มาสาธรรม,. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. Rama Nurs J. 2550;13(1 January-April):54-69.

51. ธรรมนาถ เจริญบุญ มพ, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, โสฬพัทธ์ เหมรัมย์โรจน์, และพวงสร้อย วรกุล,. ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 15 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2553;10(3).

52. Kosulwit L. Mental health status, including depression and quality of life among members of an elderly club in suburban Bangkok. J Med Assoc Thai. 2012;95 Suppl 1:S92-101.

53. สุพรรณิ ใจดี. การศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.

54. กฤติเดช มิ่งไม้ และคณะ. การสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยสูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. การประชุมวิชาการครั้งที่ 2 สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.

55. สุธิกาญจน์ ไชยลาภ. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2562;63(July):113-22.

56. ธัญพร พรหมจันทร์. ภาวะซึมเศร้า ความว้าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
57. นัฐศรา ดำรงค์พิวัฒน์, โขติมันต์ ชินวรารักษ์, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ณ หมู่บ้านประชาชนิเวศน์. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2019;27(3):183-95.
58. มุจรินทร์ พุทธิเมตตา. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2559;30(2 (พฤษภาคม-สิงหาคม)).
59. นิรัชรา ศศิธร. ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
60. อรกนก สังข์พระกร. ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพนักงานเกษียณอายุการไฟฟ้านครหลวงที่คลินิกผู้ป่วยนอกแผนกอายุกรรม โรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวง. Chula Med Bull. 2562;1(2 (July-August)):393-402.
61. อรสา ไยยอง. ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
62. สุขาดา แซ่ลิ้ม. การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองจังหวัดระนอง. วารสารวิชาการแพทย์. 2562;33(1):193-202.
63. Freud A. The ego and the mechanisms of defence. Oxford, England: International Universities Press; 1946. x, 196-x, p.
64. Vaillant GE. Natural history of male psychological health. V. The relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment. Arch Gen Psychiatry. 1976;33(5):535-45.
65. Cramer P. The Defense Mechanism Manual. New York: Springer; 1991.
66. ธิติพันธ์ ธาณิรัตน์. ทฤษฎีพื้นฐานเกี่ยวกับบุคลิกภาพความผิดปกติในทางจิตเวช 2553.
67. หล่อตระกูล ม. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ 2011. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/sites/default/files/public/pdf/%E0%B8%97%E0%B8%A4%E0%B8%A9%E0%B8%8E%E0%B8%B5%E0%B8%88%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B9%80%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%B0%E0%B8%AB%E0%B9%8C.pdf>.
68. Freud A. The Ego and the Mechanisms of Defence: The Institute of Psychoanalysis; 1966.
69. Salzman C, Shader RI. Depression in the elderly. I. Relationship between

depression, psychologic defense mechanisms and physical illness. *J Am Geriatr Soc.* 1978;26(6):253-60.

70. Diehl M, Chui H, Hay EL, Lumley MA, Gruhn D, Labouvie-Vief G. Change in coping and defense mechanisms across adulthood: longitudinal findings in a European American sample. *Dev Psychol.* 2014;50(2):634-48.

71. Cramer P. Defense mechanisms: 40 years of empirical research. *Journal of Personality Assessment.* 2015;97:114-22.

72. Segal DL, Coolidge FL, Mizuno H. Defense mechanism differences between younger and older adults: A cross-sectional investigation. *Aging Ment Health.* 2007;11(4):415-22.

73. Malone JC, Cohen S, Liu SR, Vaillant GE, Waldinger RJ. Adaptive midlife defense mechanisms and late-life health. *Pers Individ Dif.* 2013;55(2):85-9.

74. Yu Y, Chamorro-Premuzic T, Honjo S. Personality and defense mechanisms in late adulthood. *J Aging Health.* 2008;20(5):526-44.

75. Margo GM, Greenberg RP, Fisher S, Dewan M. A direct comparison of the defense mechanisms of nondepressed people and depressed psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry.* 1993;34(1):65-9.

76. Mullen LS, Blanco C, Vaughan SC, Vaughan R, Roose SP. Defense mechanisms and personality in depression. *Depress Anxiety.* 1999;10(4):168-74.

77. Gana K, K'Delant P. The effects of temperament, character, and defense mechanisms on grief severity among the elderly. *J Affect Disord.* 2011;128(1-2):128-34.

78. Corruble E, Hatem N, Damy C, Falissard B, Guelfi JD, Reynaud M, et al. Defense styles, impulsivity and suicide attempts in major depression. *Psychopathology.* 2003;36(6):279-84.

79. Spinhoven P, Kooiman CG. Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: an explorative study. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185(2):87-94.

80. Lenzo V, Barberis N, Cannavo M, Filastro A, Verrastro V, Quattropiani MC. The relationship between alexithymia, defense mechanisms, eating disorders, anxiety and depression. *Riv Psichiatri.* 2020;55(1):24-30.

81. พลเลิศ พวงสอน และณภัทรวรรต บัวทอง. สุขภาพจิตและกลไกทางจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินสายการบินพาณิชย์แห่งหนึ่งในประเทศไทย. *Chula Med J.* 2017;61(6).

82. กองบริการทางการแพทย์. ทศนคติต่อการกระทำผิดกฎหมายที่ศนคติต่อรูปแบบในการดำเนินชีวิตการ ใช้กลไกป้องกันตนเองและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ต้องขังไทย. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 2557.
83. de Roten Y, Djillali S, Crettaz von Roten F, Despland JN, Ambresin G. Defense Mechanisms and Treatment Response in Depressed Inpatients. *Front Psychol.* 2021;12:633939.
84. ชัชชาติ สิทธิพันธุ์. ชมรมผู้สูงอายุ สร้างสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพใจ (Active Aging) 2565 [Available from: <https://www.chadchart.com/policy/62179cdb4e43cd8b4760bc95/>].
85. กรมกิจการผู้สูงอายุ. การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ: กองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ (สคส); 2564 [Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/17/945>].
86. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สรุปจำนวนชมรมผู้สูงอายุปี 2564 (สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย): กองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ; 2564 [Available from: <https://www.dop.go.th/th/implementation/5/14/1423>].
87. กรุงเทพมหานคร ส. ข้อมูลชมรมผู้สูงอายุ 2562 [Available from: <https://webportal.bangkok.go.th/social/page/sub/18737/%E0%B8%82%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B8%B9%E0%B8%A5%E0%B8%8A%E0%B8%A1%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%B8>].
88. Yamane T. *Statistics: An Introductory Analysis*. 3, editor. New York: Harper and Row; 1973.
89. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. *Age Ageing.* 1994;23(2):97-101.
90. nitayaporn.m. สัตว์เลี้ยงบำบัด (Pets Therapy): กรมสุขภาพจิต; 2562 [Available from: <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2259>].
91. ชัยช่วย ว. การใช้LINEของผู้สูงอายุ: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ Veridian มหาวิทยาลัยศิลปากร (มนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์และศิลปะ). 2560;10(1):905-18.
92. Kim J, Kim J. Green Tea, Coffee, and Caffeine Consumption Are Inversely Associated with Self-Report Lifetime Depression in the Korean Population. *Nutrients.* 2018;10(9).
93. Grosso G, Micek A, Castellano S, Pajak A, Galvano F. Coffee, tea, caffeine and risk of depression: A systematic review and dose-response meta-analysis of observational

studies. Mol Nutr Food Res. 2016;60(1):223-34.

94. Veleber DM, Templer DI. Effects of caffeine on anxiety and depression. J Abnorm Psychol. 1984;93(1):120-2.

95. ผกามาศ เพชรพงศ์. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในอำเภอวิเชียรบุรีจังหวัดพิจิตร. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์. 2562;13(2):25-36.

96. อุษา คงสมบูรณ์ สอ, พิชญ์ประอร ยังเจริญ,. ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า และความสามารถทางกายของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม: การศึกษาความสัมพันธ์. . ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร. 2562;25(3):310-25.

97. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. ผู้ชายกับโรคซึมเศร้า : มุมมองเพศภาวะ. ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพศภาวะและสุขภาพสตรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.

98. Kongchon S. โรคซึมเศร้าในผู้ชาย ต่างจากผู้หญิงอย่างไร: Helloคุณหมอ; 2022 [Available from:

<https://hellokhunmor.com/%e0%b8%aa%e0%b8%b8%e0%b8%82%e0%b8%a0%e0%b8%b2%e0%b8%9e%e0%b8%88%e0%b8%b4%e0%b8%95/%e0%b9%82%e0%b8%a3%e0%b8%84%e0%b8%8b%e0%b8%b6%e0%b8%a1%e0%b9%80%e0%b8%a8%e0%b8%a3%e0%b9%89%e0%b8%b2%e0%b9%83%e0%b8%99%e0%b8%9c%e0%b8%b9%e0%b9%89%e0%b8%8a%e0%b8%b2%e0%b8%a2-%e0%b8%ad%e0%b8%b2%e0%b8%81%e0%b8%b2%e0%b8%a3-%e0%b8%a3%e0%b8%b1%e0%b8%81%e0%b8%a9%e0%b8%b2/>

99. Kockler M, Heun R. Gender differences of depressive symptoms in depressed and nondepressed elderly persons. Int J Geriatr Psychiatry. 2002;17(1):65-72.

100. สาวิตรี สิงหาต. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2559;18(3):15-24.

101. สุมิตรพร จอมจันทร์ จินตวิริพร แป้นแก้ว และพิมพ์ใจ อุ่นบ้าน. การสำรวจภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชน ตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ. 2559;22(2):28-35.

102. Charoensak S, Sittironnarit G, Satra T, Muangpaisan W, Srinontprasert V. ความชุกของโรคจิตเวชในผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยและผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2018;63(1):89-98.

103. ชุตินา มาลัย รโ, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, ศรีสกุล เฉียบแหลม,. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2562;39(3).

104. เข็มบุบผา ศ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2022;37(1):91-102.
105. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ สุชาติ พันธุ์ลาภ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ. 2559;3(3 (กันยายน-ธันวาคม)):25-36.
106. ปุณิกา กิตติกุลธนันท์ พน, โสภิณ แสงอ่อน,. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแรงในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต. 2562;33(2):137-55.
107. Sindhu S, Varitsakul R, Sriyuktasuth A. Factors Associated with Depression in Elderly Peritoneal Dialysis Patients. Nursing Science Journal of Thailand. 2011;29(3):84-92.
108. De Sousa RAL, Rocha-Dias I, de Oliveira LRS, Improtta-Caria AC, Monteiro-Junior RS, Cassilhas RC. Molecular mechanisms of physical exercise on depression in the elderly: a systematic review. Mol Biol Rep. 2021;48(4):3853-62.
109. Cui Y, Huang C, Gong Q, Guo F, Li W, Zhang L, et al. Physical Exercise Behaviors and Depressive Symptoms Among Elderly Chinese Women: Focus on Exercise Components. Risk Manag Healthc Policy. 2021;14:2647-55.
110. Sarid O, Melzer I, Kurz I, Shahar DR, Ruch W. The Effect of Helping Behavior and Physical Activity on Mood States and Depressive Symptoms of Elderly People. Clinical Gerontologist. 2010;33(4):270-82.
111. สุปราณี หมั่นยา. การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ: ประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนูตรดิตถ์. 2560;9(1):59-69.
112. Hunter KI, Linn MW. Psychosocial differences between elderly volunteers and non-volunteers. The International Journal of Aging & Human Development. 1980;12:205-13.
113. Kim NH, MS J. The influence of elderly social activity and depression on elderly well being. The Journal of the Korea Contents Association. 2017;17(3):496-506.
114. Musick MA, Wilson J. Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups. Soc Sci Med. 2003;56(2):259-69.
115. Lee SH, Kim YB. Which type of social activities decrease depression in the elderly? An analysis of a population-based study in South Korea. Iran J Public Health.

2014;43(7):903-12.

116. Methikalam B, Sandhu SK, McClincey S. Implementing A Psychodynamic Approach With South Asian Women. The Diversity Research Symposium 2014: From Research to Action; Ball State University 2016.





จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ชนนี ปิตะนีละผลิน
วัน เดือน ปี เกิด	17 ตุลาคม 2536
สถานที่เกิด	กรุงเทพฯ
วุฒิการศึกษา	- ระดับปริญญาตรี วิชาเอก Entrepreneurial & Management สถานที่ศึกษา มหาวิทยาลัยวิทยาลัยกรุงเทพ
	- ระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ สถานที่ศึกษา จุฬาลงกรมหาวิทยาลัย
	- ระดับปริญญาบัตร หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพนักร้องศิลป์ สถาบันศิลปปะบำบัดนานาชาติแห่งประเทศไทย
ที่อยู่ปัจจุบัน	120/238 ถนน รัชดา แขวง จตุจักร เขต จตุจักร จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10900