

ภาวะซึมเศร้า ความวิ่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์
คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร



นางสาวธัญพร พรหมจันทร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

DEPRESSION, LONELINESS AND SELF ESTEEM OF THE ELDERLY IN BANGKAE HOME
AND PRIVATE HOMES FOR THE AGED IN BANGKOK

Miss Thnunpron Promjun

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเอง
ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์ คนชรารบ้าน
บางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขต
กรุงเทพมหานคร

โดย

นางสาวธัญพร พรหมจันทร์

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์โสภณ นภากาศ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน)

ฉันทน์พร พรหมจันทร์ : ภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์ คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. (DEPRESSION, LONELINESS AND SELF ESTEEM OF THE ELDERLY IN BANGKAE HOME AND PRIVATE HOMES FOR THE AGED IN BANGKOK) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร, 182 หน้า.

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยในรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความชุกของภาวะซึมเศร้า และ ศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ยังศึกษาปัจจัยทำนายของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชน จำนวน 295 คน โดยแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ , แบบวัดความว่าเหว และแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยใช้โปรแกรม SPSS version 17 วิเคราะห์ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน , การทดสอบไครสแควร์, การทดสอบทีเทส, การทดสอบความสัมพันธ์ด้วยวิธีเพียร์สัน และ การถดถอยลอจิสติกเพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็น เพศหญิงร้อยละ 70.5 อายุเฉลี่ย 78.43±8.30 ปี ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างพบ ร้อยละ 57.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าคือ 14.40±6.87 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 25.8 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 24.4 และระดับรุนแรง ร้อยละ 7.1 ส่วนด้านภาวะสุขภาพจิตพบว่าร้อยละ 35.9 ของกลุ่มตัวอย่างมีความว่าเหวในระดับปานกลาง และร้อยละ 48.5 มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่ เพศหญิง, สถานภาพก่อนเข้าพักคือไม่ได้อยู่ร่วมกับคู่สมรส, ไม่ได้รับการศึกษา, ไม่มีบุตร, ไม่มีรายได้ในปัจจุบัน, แหล่งที่มาของรายได้ไม่มั่นคง, รายได้ไม่พอเพียงและมีหนี้สิน, พักอยู่ร่วมกับสมาชิกท่านอื่น, ตัดสินใจเข้าพักอาศัยด้วยตนเอง, ไม่พึงพอใจในความสามารถในการดูแลตนเอง, ไม่มีญาติมาเยี่ยม, ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวไม่ดี, มีความสัมพันธ์กับสมาชิกท่านอื่นในสถานที่พักไม่ดี, ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลประจำไม่ดี, ไม่พึงพอใจต่อที่พักอาศัย, ไม่พึงพอใจต่อบริการด้านอาหาร, ไม่พึงพอใจต่อบริการของเจ้าหน้าที่, ไม่พึงพอใจต่อการให้คำปรึกษาและความใส่ใจจากเจ้าหน้าที่, มีการเข้าร่วมกิจกรรมด้านอาชีพบำบัด, ด้านนันทนาการและด้านสุขภาพน้อยครั้ง

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะว่าเหวที่สูง และการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ผลการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าด้วยการถดถอยลอจิสติก พบว่าปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ การไม่ได้รับการศึกษา, ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ การไม่มีญาติมาเยี่ยม ($p < 0.05$) , ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความพึงพอใจต่อที่พักในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง ($p < 0.01$) และปัจจัยด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะความว่าเหวสูง ($p < 0.001$) เป็นปัจจัยทำนายของภาวะซึมเศร้า จากผลการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากจำนวนผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่งซึ่งประสบปัญหาดังกล่าว และทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการค้นหาและรักษาภาวะซึมเศร้ารวมถึงการดูแลด้านจิตสังคม อาทิเช่น การลดความว่าเหว, การส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง รวมทั้งการสร้างความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย จึงมีส่วนช่วยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และที่พักผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ปีการศึกษา 2556

5574208330 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: ELDERLY / DEPRESSION / LONELINESS / SELF-ESTEEM / HOME FOR THE AGED

THNUNPRON PROMJUN: DEPRESSION, LONELINESS AND SELF ESTEEM OF THE ELDERLY IN BANGKAE HOME AND PRIVATE HOMES FOR THE AGED IN BANGKOK. ADVISOR: ASSOC. PROF. SIRILUCK SUPPAPITIPORN, M.D., 182 pp.

The purpose of this cross-sectional descriptive study was to investigate prevalence of depression and identify associated factors with depression of elderly, examine correlation between Depression Loneliness and Self-esteem and moreover to predict associated factors with depression of elderly in Bangkae home and private home for the aged in Bangkok. Data were collected from 295 samples by self report questionnaire, Thai geriatric Depression scale (TGDS), Loneliness scale and Self-esteem Scale. Statistical analysis was done by using SPSS program version 17 to determine percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, T-test, Correlation and Logistic regression to predict associated factors with depression in elderly. A p-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

The results showed that most of samples were women (70.5%) with the average age of 78.43±8.30 years .The prevalence of depression of samples was 57.3 % .Mean score was 14.40±6.87. About 25% of samples had mild depression, 24.4% had moderate depression and 7.1% had severe depression. About one-third of samples had moderate loneliness and 48.5% had moderate self esteem. Associated factors with depression included woman, not living with their spouse before admission ,no education, few of child ,no current of income, sources of income were not stable, not enough money, made a decision to admit in residence by themselves, living with roommate, no family visiting, poor relationship with family member , other member who lived in residence and caregiver, dissatisfied with residence , diet, service, caregiver attention, low attend with vocational therapy and health service.

Depression correlated with high level of loneliness and low self-esteem. Logistic regression analysis was performed and found predicted factors of depression were no education, no family visiting ($p<0.05$), low to moderate satisfaction level with home for the aged ,high level of loneliness. ($p<0.01$). This study was found prevalence of depression (about 50%) and associated factors. Detection and treatment of depression and providing psychosocial support including decrease loneliness, improve self-esteem and satisfaction with residence will help for mental health in the elderly living in home for the aged.

Department: Psychiatry

Student's Signature

Field of Study: Mental Health

Advisor's Signature

Academic Year: 2013

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีจากความอนุเคราะห์ของ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือ ตลอดระยะเวลาการทำวิจัย อีกทั้งยังเสียสละเวลาในการแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ให้สมบูรณ์ และสำเร็จลุล่วง เป็นไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ณภัทรวรรต บัวทอง ผู้คอยให้ความช่วยเหลือ และให้คำปรึกษาการวิเคราะห์ทางสถิติ ทั้งยังช่วยแก้ไขและตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์ ที่ให้เกียรติมาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์ ที่ให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์เพื่อแก้ไขให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ของเนื้อหาและรายละเอียด

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ และคณะผู้บริหารของ สถานสงเคราะห์ บ้านบางแค สังกัดกรมประชาสงเคราะห์กระทรวงแรงงานสวัสดิการสังคม, บ้านบางแค สังกัดกรุงเทพมหานคร, โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง, โรงพยาบาลเดอะซีเนียร์, โรงพยาบาล หัวเฉียว, ดวงใจเนอรสซิงโฮม และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ลิฟวิงเวล ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลงานวิจัย อีกทั้งผู้สูงอายุทุกท่าน เจ้าหน้าที่ทุกคนที่ช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาที่ส่งเสริมและสนับสนุนผู้วิจัยให้ได้รับการศึกษาที่ดี และขอขอบคุณเพื่อนทุกคนที่ศึกษาชั้นปริญญาโท สุขภาพจิต เพื่อนสนิททุกคนของข้าพเจ้าที่คอยช่วยเหลือ เป็นกำลังใจอันดี และอยู่เคียงข้างผู้วิจัยเสมอมา

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ภาคธุรกิจ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่านที่ให้การแนะนำ และให้ความช่วยเหลือ ทั้งในด้านการศึกษาและการทำการวิจัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างยิ่ง

CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญรูปภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
คำถามของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	10
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า.....	27
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความจำ.....	45
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง.....	54
สถานสงเคราะห์คนชราภาครัฐบาลและสถานบริการภาคเอกชน.....	64
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	75
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	80
รูปแบบการวิจัย.....	80
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	80
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	83
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	86
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	87
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	88

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และ ข้อเสนอแนะ	119
อภิปรายผลการวิจัย	124
ข้อเสนอแนะในการวิจัย.....	150
รายการอ้างอิง	151
ภาคผนวก.....	162
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	182



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลส่วนบุคคลโดยจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตรและระดับการศึกษาสูงสุด.....	89
ตารางที่ 2	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลด้านเศรษฐกิจโดยจำแนกตามรายได้ในปัจจุบัน แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้.....	91
ตารางที่ 3	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลด้านสุขภาพ โดยจำแนกตามปัญหาสุขภาพในปัจจุบันตามการวินิจฉัยทางการแพทย์.....	92
ตารางที่ 4	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลการดูแลตนเอง โดยจำแนกตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง, ความสามารถในการดูแลตนเอง, ความพึงพอใจในการดูแลตนเอง, ความสามารถในการเดินทางไปพบปะบุคคลอื่นในสถานที่พัก.....	93
ตารางที่ 5	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยจำแนกตามความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกท่านอื่นในสถานที่พัก, ความสัมพันธ์ในกลุ่มเครือญาติ, ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน(ก่อนเข้าพัก) , ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลประจำ(หลังเข้าพัก).....	94
ตารางที่ 6	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลสภาพที่พักอาศัยโดยจำแนกตามประเภทที่พักอาศัย, การตัดสินใจเข้าพัก , ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย, จำนวนสมาชิกในห้องพัก.....	96
ตารางที่ 7	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลความพึงพอใจต่อบริการโดยจำแนกตาม อาหาร, ความสะอาด, การบริการจากเจ้าหน้าที่, การให้คำปรึกษาความใส่ใจจากเจ้าหน้าที่.....	98

ตารางที่ 8	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลการทำกิจกรรม โดยจำแนกตามกิจกรรมอาชีพบำบัด, กิจกรรมนันทนาการ, กิจกรรมทางศาสนา, กิจกรรมด้านสุขภาพ.....	99
ตารางที่ 9	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านสุขภาพจิต โดยจำแนกเป็นภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเอง.....	100
ตารางที่ 10	แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test.....	101
ตารางที่ 11	แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพจิตของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test.....	106
ตารางที่ 12	การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ T-test ,One-way ANOVA และ ความแตกต่างรายคู่โดยใช้วิธีการของ Gabriel และ Games-Howell.....	107
ตารางที่ 13	การวิเคราะห์ปัจจัยด้านสุขภาพจิตกับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ T-test.....	111
ตารางที่ 14	สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง แยกตามประเภทของสถานที่พัก โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test.....	112
ตารางที่ 15	การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของ ภาวะซึมเศร้า การเห็นคุณค่าในตนเอง และความว่าเหว ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการของ Pearson product moment correlation coefficient.....	114
ตารางที่ 16	การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความว่าเหว ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการของ Pearson product moment correlation coefficient.....	115

ตารางที่ 17	ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า โดยใช้ตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความสัมพันธ์ กับบุคคล,ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และ ปัจจัยด้านสุขภาพจิต นำมาวิเคราะห์ โดยวิธีการ Binary Logistic Regression Analysis เมื่อควบคุม อิทธิพลจากตัวแปรอื่นด้วย Backward Likelihood Ratio.....	117
-------------	---	-----



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวความคิด.....	8
ภาพที่ 2 ภาพวงจรความไว้ห้ว.....	47



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย

องค์การสหประชาชาติ (UN) ได้คาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2544 - 2643 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึง การมีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าประชากรกลุ่มนี้จะมีฐานะยากจนและต้องการที่พิทักษ์ ซึ่งเป็นประเด็นที่จะเป็นปัญหาทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจในแต่ละประเทศ⁽¹⁾

ประเทศไทยได้เริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (Aging Society) ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 กล่าวคือมีประชากรสูงอายุ ร้อยละ 11.3% ของประชากรรวมทั้งประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 2 ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากประเทศสิงคโปร์⁽²⁾

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้คาดการณ์แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุในประเทศ ตั้งแต่ พ.ศ. 2553 - 2583 พบว่าจำนวนของประชากรผู้สูงอายุในประเทศเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.18 เป็น ร้อยละ 32.13 และแนวโน้มอายุเฉลี่ยของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจากอายุเฉลี่ย 77.5 ปี เป็น 81.9 ปี ในเพศหญิง และ 70.4 ปี เป็น 75.3 ปี ในเพศชาย ซึ่งประชากรกลุ่มนี้มีอัตราการพึ่งพาที่สูงขึ้นกว่าเดิมถึง 2 เท่า ตรงกันข้ามกับอัตราการเกื้อหนุน (พ.ศ.2537-2554) ซึ่งมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 9.3 เหลือเพียง ร้อยละ 5.5⁽³⁾

อัตราการเกื้อหนุนที่ลดลงนั้นเป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของระบบสังคม และเศรษฐกิจภายในประเทศ จากสังคมการเกษตรเป็นสังคมอุตสาหกรรม จากการเป็นครอบครัวใหญ่ กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น รวมทั้งจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์และการพัฒนาด้านสาธารณสุขทำให้เกิดความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างประชากรผู้สูงอายุกับประชากรวัยเด็กและวัยทำงาน ส่งผลกระทบต่อสภาพสังคมและระบบเศรษฐกิจ⁽⁴⁾

ในปัจจุบันได้มีการจำแนกประเภทการพึ่งพาของผู้สูงอายุไว้ 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 “พึ่งพาเล็กน้อย” กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตัวเองได้ สามารถดูแลตนเองตนเอง และขอความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันเล็กน้อย กลุ่มที่ 2 “พึ่งพานกลาง” คือกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมประจำวันปานกลาง พอที่จะช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง กลุ่มที่ 3 คือ “พึ่งพามาก” กลุ่มนี้ต้องอาศัยพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิตประจำวันค่อนข้างมาก และกลุ่ม

สุดท้ายคือกลุ่ม “พึ่งพาโดยสมบูรณ์” ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถช่วยเหลือหรือดูแลตนเองได้เลย ต้องอาศัยผู้อื่นทั้งหมด⁽⁵⁾

จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2555 ระบุว่าจากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดมีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง หรือที่เรียกว่า “ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง” ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตร ประจำวันร้อยละ 12% ในจำนวนนี้ 1.1% ไม่มีผู้ดูแล⁽⁶⁾

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายเพิ่มสูงขึ้นมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุในวัยปลายมีจำนวนประชากรเป็น 1 ใน 5 ของจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งยังเป็นการเพิ่มอัตราพึ่งพิงให้สูงมากยิ่งขึ้น⁽⁷⁾ ขนาดเดียวกันนั้น ครอบครัวและเครือญาติซึ่งเคยเป็นเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุกลับมีน้อยลงและไม่อยู่ในสถานะที่จะช่วยเหลือเกื้อกูลผู้สูงอายุได้

จาก ปี พ.ศ.2503 มีจำนวนคนวัยแรงงาน 11 คน ช่วยเหลืออุปการะผู้สูงอายุ 1 คน แต่ปี พ.ศ.2549 จำนวนผู้ดูแลลดลงเหลือเพียง 6.4 คน และคาดว่าภายในสามสิบปี จะมีคนวัยแรงงานช่วยดูแลผู้สูงอายุเหลือเพียง 2 คนเท่านั้น⁽⁸⁾ อีกทั้งจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะอยู่เพียงลำพังคนเดียวเพิ่มมากขึ้นเกือบ 2 เท่า (พ.ศ. 2537 - 2554)⁽⁹⁾ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงการลดลงของอัตราเกื้อหนุนของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

ดังนั้นสถานสงเคราะห์คนชราภาครัฐ และสถานที่พักผู้สูงอายุภาคเอกชนจึงถือเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของผู้สูงอายุและกลุ่มเครือญาติของผู้สูงอายุในการเป็นสถานที่ที่มอบการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้แก่ผู้สูงอายุ

สถานสงเคราะห์คนชราส่วนมากอยู่ในสวัสดิการของภาครัฐ ซึ่งเป็นสถานที่พักสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานเลี้ยงดู หรือผู้สูงอายุที่มีฐานะความเป็นอยู่ค่อนข้างยากจน บุตรหลานไม่สามารถให้การดูแลเอาใจใส่ได้อย่างเต็มที่ ซึ่งมีทั้งผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยการเข้าพักไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่ประการใด หรือบางแห่งก็เสียค่าบริการในอัตราที่ต่ำมาก⁽¹⁰⁾ ส่วนผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีฐานะหรือบุตรหลานอุปการะเลี้ยงดูได้นิยมนำผู้สูงอายุมาใช้บริการสถานที่พักของเอกชน ที่มีการบริการที่พร้อมทั้งในด้านสถานที่และบุคลากร โดยสถานบริการภาคเอกชนนั้นส่วนมากจะอยู่ในเขตที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจสูง จากการสำรวจพบว่าสถานบริการผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยมีทั้งหมด 138 แห่ง ร้อยละ 49.28 อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร⁽¹¹⁾

การที่ผู้สูงอายุต้องย้ายเข้ามาในสถานที่พักพึ่งพิงแห่งใหม่ตอนช่วงบั้นปลายชีวิต ผู้สูงอายุจำเป็นต้องพยายามปรับตัวเพื่อให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ในที่พึ่งพิงนั้น การปรับตัวดังกล่าวอาจนำมาซึ่งปัญหาสองลักษณะ ได้แก่ ด้านแรกคือด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมักจะมีความเป็นตัวของตัวเองลดลง เพราะต้องพึ่งพาคนอื่นเพิ่มมากขึ้น ไม่มีอิสระ อันเป็นการสูญเสียบทบาทในฐานะผู้นำหรือผู้มีอำนาจ

ในครอบครัว และด้านที่สองคือด้านร่างกาย ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนบทบาทที่จากเดิมเคยเป็นผู้ให้มาเป็นผู้รับ ทำให้บางครั้งรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองนั้นลดลง ส่งผลกระทบให้เกิดความรู้สึกทางลบ เช่น ความน้อยเนื้อต่ำใจ คับแค้นใจ เครียด หงุดหงิด เหนง ว่าเหว่ ทุกข์ใจ และไร้ซึ่งความสุข⁽¹²⁾

ภาวะซึมเศร้าถือว่าเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ดังรายงานการวิจัยของ เนตรนภา จัตรงค์แสง พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา มีภาวะซึมเศร้าโดยรวมมากกว่าผู้สูงอายุนอกสถานสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹³⁾

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุโดยเฉพาะในช่วงอายุประมาณ 65-80 ปี โดยที่ 15% ของผู้สูงอายุมักพบว่ามีภาวะความทรمانจากการป่วยด้วยภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะความบกพร่องทั้งทางด้านสุขภาพทางกาย การทำหน้าที่ และการเข้าสังคม นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความรู้สึกทรمان มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง เพิ่มอัตราการตายและลดระดับคุณภาพชีวิตลง⁽¹⁴⁾

ภาวะซึมเศร้านั้นมีสาเหตุมาจากการสูญเสียและการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ⁽¹⁵⁾ โดยความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าขึ้นอยู่กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะส่งผลให้เกิดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นและในทางกลับกันเมื่อความรุนแรงของโรคซึมเศร่าลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁶⁾ โดยจากงานวิจัยของ Orth และคณะได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำก็จะมีอัตราเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูง⁽¹⁷⁾

นอกจากภาวะซึมเศร้าแล้วอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจต่อผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คือความว่าเหว่ การอยู่ในสถานสงเคราะห์เป็นระยะเวลาานส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความว่าเหว่ได้⁽¹⁸⁾ ความว่าเหว่ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึก ไม่มีพลัง ไม่มีความหวัง ไม่มีประโยชน์ หมุดกำลั้งใจและอยากตาย⁽¹⁹⁾

นอกจากนี้การศึกษาของ พรเพ็ญ สำเภา⁽²⁰⁾ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และความว่าเหว่ กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่ระดับสูงจะมีระดับของภาวะซึมเศร้าสูง และจากงานวิจัยของ รวีวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล⁽²¹⁾ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่สูงจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ

จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นเห็นได้ชัดว่าความซึมเศร้า ความว้าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นภาวะที่มีความสอดคล้องซึ่งกันและกัน และยังมีส่งผลอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเป็นการศึกษาเมื่อ 10 ปีมาแล้ว และเนื่องจากยังไม่มีข้อมูลการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับ "ภาวะซึมเศร้า ความว้าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์ คนชรารับบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนใน เขตกรุงเทพมหานคร"

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาเรื่องดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ในการได้ ข้อมูลพื้นฐานในการรองรับปัญหาผู้สูงอายุในอนาคต การหาแนวทางแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้า การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุ รวมถึงการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุก (Prevalence) ของภาวะซึมเศร้าในสถานสงเคราะห์คนชรารับบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความว้าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรารับบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชน
4. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

คำถามของการวิจัย

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรารับบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชน เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
3. ภาวะซึมเศร้า ความว้าเหวและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร
4. ปัจจัยใดที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยในรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive study) โดยศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 295 คน โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล , แบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้า , แบบสอบถามประเมินความว้าเหว และแบบสอบถามประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีตัวแปรที่ศึกษาดังต่อไปนี้

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่ เพศ,อายุ,สถานภาพสมรส,จำนวนบุตร,ระดับการศึกษา,รายได้และความเพียงพอของรายได้,โรคประจำตัวจากการวินิจฉัยของแพทย์,ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง,ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน,ความสัมพันธ์ในกลุ่มเครือญาติ และ ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล ประเภทของที่พักอาศัย,การตัดสินใจเข้าพัก,ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย,จำนวนสมาชิกในห้องพัก,การให้บริการ และ การเข้าร่วมกิจกรรมของสถานที่พัก

ตัวแปรตาม (Independent Variables) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความว้าเหว การเห็นคุณค่าในตนเอง

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ทำในระยะเวลาจำกัดและเป็นการศึกษาเฉพาะในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค 1 บ้านบางแค 2 และบ้านพักผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 5 แห่งเท่านั้น จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนประชากรผู้สูงอายุทั่วประเทศได้

ข้อตกลงเบื้องต้น

ผู้สูงอายุที่เข้าพักในสถานสงเคราะห์บ้านบางแค 1 บ้านบางแค 2 และสถานที่พักของเอกชน ต้องเป็นผู้ที่เข้าพักอาศัยอย่างต่ำเป็นระยะเวลา 6 เดือน ขึ้นไป

คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับตามปฏิทินสากลและมีสัญชาติไทย⁽²²⁾

สถานสงเคราะห์คนชราภาครัฐบาล หมายถึง สถานบริการของภาครัฐ มีการบริการด้านปัจจัย 4 แก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งบริการด้านสุขภาพ ด้านนันทนาการ กิจกรรมทางด้านศาสนา และกิจกรรมส่งเสริมด้านวัฒนธรรมให้แก่ผู้สูงอายุ⁽²³⁾ โดยเสียค่าใช้จ่ายในอัตราที่ต่ำหรือไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าใช้บริการ และผู้สูงอายุที่เข้าพักต้องเป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีภาวะพิการ ทูพพลภาพ หรือสติปัญญาบกพร่อง

สถานสงเคราะห์คนชราภาครัฐบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร มี 2 แห่ง ได้แก่ สถานสงเคราะห์บ้านบางแค 1 สังกัดกรมประชาสงเคราะห์กระทรวงแรงงานสวัสดิการสังคม สถานสงเคราะห์บ้านบางแค 2 สังกัดสำนักงานการสงเคราะห์ และสวัสดิภาพสังคม สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร

สถานที่พักผู้สูงอายุภาคเอกชน หมายถึง ภูมิลำเนาบริการที่อยู่ภายใต้เครือข่ายโรงพยาบาล หรือมิได้เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาล ดำเนินการโดยหน่วยงานภาคเอกชนซึ่งมีบุคลากรผู้ดูแลหลัก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด โดยมีการให้บริการด้านที่พักอาศัย บริการด้านเวชภัณฑ์โดยไม่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของแพทย์ มีบริการที่พักค้างคืน บริการด้านอาหาร บริการด้านสุขลักษณะ รวมทั้งมีการจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมและป้องกันสุขภาพร่างกายและสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมกายภาพบำบัด กิจกรรมวันปีใหม่ กิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น แต่ไม่ได้มีการให้ “การรักษา” แก่ผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพ จะมีการส่งต่อผู้สูงอายุไปยังโรงพยาบาลในเครือข่ายเพื่อรับการรักษาต่อไป⁽²⁴⁾

สถานที่พักผู้สูงอายุภาคเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 17 แห่ง⁽²⁵⁾ ได้แก่ โรงพยาบาลเดอะซีเนียร์, โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท, โรงพยาบาลมิชชั่น, โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์, โรงพยาบาลยันฮี, โรงพยาบาลหัวเฉียว, ภัสพิบาลเนออสซิ่งโฮม, นวศรีเนออสซิ่งโฮม, ดวงใจเนออสซิ่งโฮม, วรารธรรมเนออสซิ่งโฮม, สุขเวชเนออสซิ่งโฮม, โกลเด้นแคร์ เนออสซิ่งโฮม, โกลเด้นไลฟ์ เนออสซิ่งโฮม, ซีเนียร์แคร์ เนออสซิ่งโฮม, บางกอก เนออสซิ่งโฮม, ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ลิฟวิงเวล และบ้านดูแลผู้สูงอายุ นภาโฮมแคร์

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกเศร้าหมองจิตใจหดหู เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น ซึ่งมีผลกระทบทางด้านสังคม หรือกิจวัตรประจำวันทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป กลายเป็นคนแยกตัว เงียบซึม และสมรรถภาพในการทำงานลดลงซึ่งอาการต่างๆที่เกิดขึ้นจะติดต่อกันเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ในการศึกษา⁽²⁶⁾ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วยแบบวัดความซึมเศร้าในสูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) ตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป

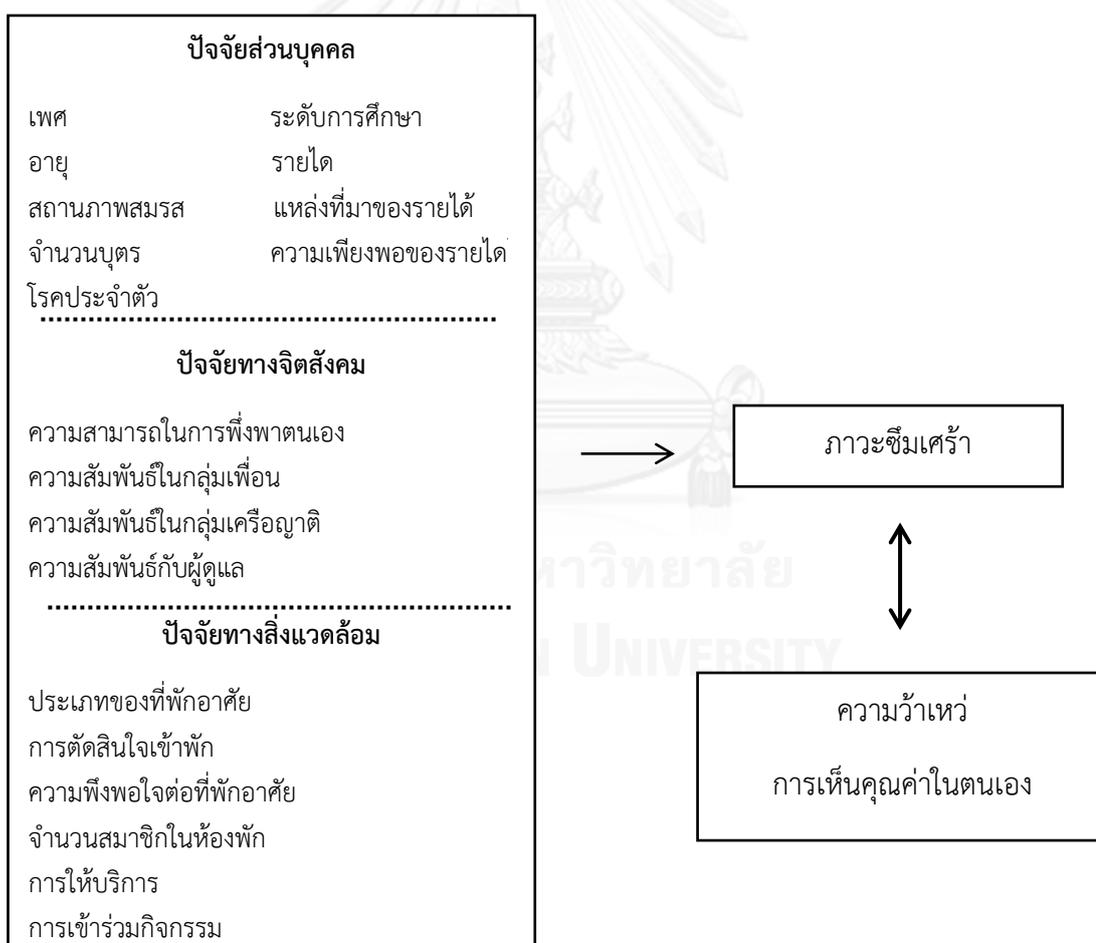
ความว่างเหว หมายถึง การประเมินตนเองผู้สูงอายุเกี่ยวกับการไม่ได้รับสัมพันธ์ภาพทางสังคมที่พึงพอใจ ความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ รู้สึกตนเองไร้ค่า โดดเดี่ยว และแยกตัวจากสังคม ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบวัดความว่างเหวในผู้สูงอายุของ วัลลภา โคสิตานนท์⁽²⁷⁾ ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบวัด The University of California at Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale Version 3 ของ Russell ผู้สูงอายุที่มีความว่างเหวระดับสูงคือผู้ที่ได้คะแนนจากการประเมินด้วยแบบวัดความว่างเหว 3.01 – 4.00 คะแนน ความว่างเหวระดับปานกลาง 2.01 – 3.00 คะแนน และระดับต่ำได้คะแนน 1.00 – 2.00 คะแนน

การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อตนเอง ประเมินตนเองเกี่ยวกับ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ยอมรับตนเองว่ามีคุณค่ามีความสำคัญ มีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์⁽²⁸⁾ โดยดัดแปลงมาจากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self Esteem Scale) ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนในช่วง 31 – 40 คะแนนมีการ เห็นคุณค่าในตนเองสูง คะแนนช่วง 21 – 30 คะแนน มีการเห็นคุณค่าในระดับปานกลาง และคะแนนในช่วง 10 – 20 คะแนนมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมรักษา ป้องกัน ตลอดจนฟื้นฟูสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต
2. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ดูแล และญาติได้ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพื่อการดูแลที่เหมาะสมต่อไป
3. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการทำวิจัยป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าแก่ผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต
4. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและการจัดบริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุที่พักในสถานสงเคราะห์คนชราทั้งภาครัฐบาลและเอกชน รวมถึงสถานบริการที่พักผู้สูงอายุเอกชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย (ภาพที่ 1)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้า ความว้าเหว่ และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัย ได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัย ดังต่อไปนี้

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความว้าเหว่

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง

สถานสงเคราะห์คนชราภาครัฐบาลและสถานบริการภาคเอกชน

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

คำจำกัดความของ “ผู้สูงอายุ”

“ผู้สูงอายุ” “คนชรา” และ “คนแก่” เป็นคำที่หมายถึงบุคคลที่มีเกณฑ์อายุเดียวกันแต่ มีความแตกต่างกันบ้างในนัยของความหมายของคำ วิณา ศิริสุข และคณะ⁽²⁹⁾ได้ให้คำนิยาม ผู้สูงอายุ คนชรา และ คนแก่ ไว้ดังต่อไปนี้

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่ยังมีสุขภาพแข็งแรง แม้ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไปบ้าง เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น ความจำไม่ดี เคลื่อนไหวช้า แต่ก็ยังสามารถทำงานได้บ้าง ช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ก็ต้องพึ่งพาลูกหลาน

คนแก่ หมายถึง บุคคลที่เริ่มมีโรคมะเร็ง แกร็ง เจ็บไข้ได้ป่วยบ่อย ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง คือ ผมหงอก ฟันหัก หลังค่อม หูดฝ้าพาง ความจำเสื่อม ซึ่บ่น เฉื่อยชา ทำงานหนักไม่ได้ ต้องพึ่งพาลูกหลาน

คนชรา หมายถึง บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรง ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงมาก หมดสภาพ ซึ่หลงซึ่ลืม สื่อสารไม่รู้เรื่อง ไปไหนมาไหนไม่ได้ ไม่สามารถทำงานได้ ต้องพึ่งพาลูกหลานตลอดเวลา

“ผู้สูงอายุ” เป็นคำที่มีความหมายได้หลากหลายและแตกต่างกันตามอายุเฉลี่ยของประชากร สภาพสังคม เศรษฐกิจ ขนบธรรมเนียม และวัฒนธรรมในแต่ละสังคมนั้นๆ ในประเทศไทยมีการใช้เป็นครั้งแรกโดย หลวงอรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในปี พ.ศ.๒๕๐๕⁽³⁰⁾

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน⁽³¹⁾พ.ศ.๒๕๒๕ ได้นิยามคำว่าผู้สูงอายุไว้ว่า ผู้ที่มีอายุมาก

องค์กรอนามัยโลกได้นิยามช่วงอายุของผู้สูงอายุไว้ คือช่วงอายุ 60-74 ปี หลังจากอายุ 74 ปี เป็นต้นไปแล้ว จะเข้าสู่ช่วง “คนชรา” และ “คนชรามาก” ซึ่งเรียกรวมคร่าวๆ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

เบอร์เรน⁽³²⁾ กำหนดความหมายในการที่บุคคลจะเข้าสู่ช่วงสูงวัยไว้ 3 เกณฑ์ ได้แก่ เกณฑ์ชีวภาพ เกณฑ์ด้านจิตและเกณฑ์ด้านสังคม โดย เกณฑ์ชีวภาพ ให้ความสำคัญในด้านการเปลี่ยนแปลงและประสิทธิภาพของร่างกาย เกณฑ์ด้านจิต ให้ความสำคัญกับคุณภาพ ความสามารถในการปรับตัว ความจำ ตรรกะ มุมมองเกี่ยวกับตนเอง สภาพแวดล้อม เกณฑ์ด้านสุดท้าย คือ เกณฑ์ด้านสังคม จะให้ความสำคัญกับบทบาทหน้าที่ทางสังคม ซึ่งบุคคลใดที่ทำหน้าที่ตามเกณฑ์ทั้ง 3 ได้ อย่างสมบูรณ์ จะถือว่าบุคคลนั้นยังไม่สูงอายุ

ฮอลล์⁽³³⁾ ได้ตั้งเกณฑ์เรียกว่า “เกณฑ์การสูงอายุของฮอลล์” โดยกล่าวว่า การสูงอายุนั้น นิยามจากการแบ่ง 4 ประเภท ได้แก่

1. การสูงอายุตามวัย วัดได้จากเกณฑ์กำหนดของปฏิทินสากล
2. การสูงอายุตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย วัดจากการเปลี่ยนแปลงและ ศักยภาพของอวัยวะภายในร่างกาย
3. การสูงอายุตามสภาพจิตใจ วัดได้จากความคิด การเรียนรู้ การรับรู้ เชาวน์ปัญญา ความจำ การปรับตัว บุคลิกภาพของบุคคล
4. การสูงอายุตามสภาพสังคม วัดได้จากความรับผิดชอบที่มีต่อหน้าที่ สถานภาพทางสังคม ความคาดหวังทางสังคม

บริบูรณ์ พรพิบูลย์⁽³⁴⁾ กล่าวว่า “ความสูงอายุ” เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. แบบปฐมภูมิ “ความสูงอายุ” นี้ไม่สามารถหยุดยั้งได้ หรือหลบเลี่ยงได้ ดำเนินไปตามครรลองของธรรมชาติ เช่น ความเสื่อมศักยภาพของร่างกาย
2. แบบทุติยภูมิ “ความสูงอายุ” นี้สามารถหลบเลี่ยงได้ สามารถควบคุมได้ แต่เกิดจากการไม่ให้ความสำคัญกับสุขภาพ ทำให้เกิดการถดถอยของร่างกาย ก่อนเวลาอันควร เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ การใช้สารเสพติด การไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น

สุรกุล เจนอบรม⁽³⁵⁾ ได้ให้ความหมายของ “ผู้สูงอายุ” ว่า บุคคลที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของวงจรชีวิต ในอดีตการกำหนดว่าบุคคลใดเป็นผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับความเป็นผู้นำ ความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ แต่ในปัจจุบันนิยมใช้เกณฑ์อายุในการกำหนด ซึ่งเกณฑ์อายุก็จะแตกต่างกันไปตามความเหมาะสมของแต่ละประเทศ ในประเทศไทยใช้เกณฑ์อายุ 60 ปี เป็นต้นไป

จากคำจำกัดความหลากหลายของ “ผู้สูงอายุ” ผู้วิจัยสรุปความว่า “ผู้สูงอายุ” คือบุคคลที่มีเกณฑ์อายุตั้งแต่ 60 ปี เป็นต้นไป โดยมีความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และบทบาทหน้าที่

ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ

ในปัจจุบันนั้นยังไม่มีทฤษฎีใดพิสูจน์และอธิบายความสูงอายุได้อย่างครอบคลุม ชัดเจน การอธิบายภาวะสูงอายุนั้นจึงต้องอาศัยการเชื่อมโยงของแต่ละทฤษฎีเข้าด้วยกัน

ทฤษฎีการสูงอายุนั้น อาจจะสามารถแบ่งออกได้ 3 ทฤษฎีหลักๆได้แก่ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมวิทยา⁽³⁶⁾

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory)

แนวคิดของทฤษฎีนี้ อธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ความเสื่อมของร่างกายมนุษย์ตั้งแต่ เซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ ระบบอวัยวะ ร่างกาย โดยแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะได้แก่ ทฤษฎีด้านพันธุกรรม ทฤษฎีอวัยวะ และ ทฤษฎีสรีรวิทยา

1.1 ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (Genetic Theory)

1.1.1 ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory)

แนวคิดของทฤษฎีนี้ คือ มนุษย์ก็เหมือนดังสิ่งมีชีวิตอื่นที่ต้องมีการปรับตัว เปลี่ยนแปลง พัฒนาไปอยู่ตลอดตามสภาวะแวดล้อม เพื่อความอยู่รอดของเผ่าพันธุ์

1.1.2 ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Biological Clock)

แนวคิดของทฤษฎี คือ ความเสื่อมของสภาพร่างกาย อายุขัยของมนุษย์แต่ละคนถูกกำหนดไว้ แล้วโดยยีนส์ของแต่ละบุคคล หากบรรพบุรุษมีอายุยืนยาวจะส่งผลให้รุ่นลูกหลานมีอายุยืนยาวด้วยเช่นกัน ยีนส์นี้จะอยู่ในโปรโตพลาสซึมและนิวเคลียสของเซลล์

1.1.3 ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic Mutation Theory)

แนวคิดของทฤษฎี คือ การเปลี่ยนแปลงของรหัสพันธุกรรม จากการได้รับรังสีเล็กน้อยเป็นประจำ หรือได้รับปริมาณสูงมากจนทำให้เกิดการกลายพันธุ์และการแบ่งตัวของเซลล์ผิดปกติ จนทำให้เกิดเซลล์ผ่าเหล่าขึ้น

1.1.4 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory)

แนวคิดของทฤษฎี คือ ความสูงอายุเหนียวนำไปให้เกิดการสร้างรหัสพันธุกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม ทำให้เกิดการสร้างเซลล์ใหม่ที่มีรหัสทางพันธุกรรมผิดปกติ เซลล์ใหม่นั้นจะกลายเป็นสิ่งแปลกปลอมภายในร่างกาย ร่างกายจะต่อต้านซึ่งส่งผลให้เซลล์ใหม่นั้นเสื่อมสลายไป

1.2 ทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory)

1.2.1 ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Theory)

แนวคิดของทฤษฎีคือเมื่อเข้าสู่ช่วงสูงวัยระบบประสาทและต่อมไร้ท่อในร่างกายจะทำงานได้น้อยลงกว่าเดิม ทำให้ระบบต่างๆในร่างกายแปรปรวน เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากความผิดปกติของระดับสารอินซูลิน

1.2.2 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear Theory)

แนวคิดของทฤษฎีคืออวัยวะใดที่ถูกใช้งานหนัก และใช้งานมากจะเกิดความเสื่อมอันเนื่องมาจากสารแล้วใช้ หรือสารตกค้างอันเนื่องมาจากปฏิกิริยาเผาผลาญภายในเซลล์ สารนี้จะสะสม อยู่ในรูปของโปรตีนที่ไม่ละลายน้ำ เมื่อสะสมจนถึงระดับหนึ่งเซลล์จะไม่สามารถทำงานได้ ทำให้เกิดการเสื่อมถอยแบบถาวรขึ้น ไม่สามารถฟื้นคืนสภาพเดิมได้ แต่จุดอ่อนของทฤษฎีนี้คือ ในความเป็นจริงนั้นอวัยวะใดที่ถูกใช้งานหนัก มักมีขนาดขยายขึ้น ส่วนอวัยวะที่ไม่ค่อยได้ใช้จะ เสื่อมเร็วกว่า

1.2.3 ทฤษฎีการทำลายตนเอง (Auto-Immune Theory)

แนวคิดของทฤษฎีคือเมื่ออายุมากขึ้นเซลล์มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม รวมกับความเสื่อมของ อิมมูโนเคมีคัล เมมโมรี และการผลิตอิมมูลชนิดทำลายตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันแปรผลเซลล์นั้นเป็นเซลล์ที่ผิดปกติและจะทำการต่อต้าน ทำให้เซลล์เสื่อมและตาย

1.3 ทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological Theory)

1.3.1 ทฤษฎีสะสมของเสีย (Waste Product Accumulation)

แนวคิดของทฤษฎีคือของเสียที่อยู่ในเซลล์ถูกสะสมมากขึ้นตามอายุของบุคคลโดยสะสมในรูปแบบของโปรตีนที่ไม่ละลายน้ำ จนถึงจุดหนึ่งเซลล์จะไม่สามารถทำงานได้

1.3.2 ทฤษฎีเรดิคัลเซลล์อิสระ (Free radical Theory)

แนวคิดของทฤษฎีคือเรดิคัลอิสระหรือสารอนุมูลอิสระนี้เกิดจากกระบวนการเผาผลาญของเซลล์ในร่างกาย และพบตามธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม อาหาร รังสี สารพิษ เป็นต้น ตามปกติแล้ว เมื่อร่างกายได้รับสารอนุมูลอิสระแล้ว จะเกิดกระบวนการกำจัดสารเหล่านี้ให้อยู่ในสมดุล แต่เมื่อสูงวัยขึ้นการกำจัดสารอนุมูลอิสระจะทำได้น้อยลง จนเกิดการสะสมตกค้าง สารอนุมูลอิสระจะมีผลทำให้เกิดการกลายพันธุ์ในระดับสารพันธุกรรม ก่อให้เกิดการผ่าเหล่า เช่น เซลล์มะเร็ง หรืออาจเกิดปฏิกิริยากับไขมันทำให้เกิดความเสื่อมของเซลล์ตามมา

1.3.3 ทฤษฎีการเชื่อมโยง (Cross-linkage theory)

แนวคิดของทฤษฎีคือการเสื่อมของเซลล์เนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นและการยึดแน่น ของสารไฟบรัสโปรตีนตามอายุที่มากขึ้น ส่งผลให้สารคอลลาเจนไฟเบอร์ไม่ยืดหยุ่น ไม่เรียงตัว และหุดสั้นลง การแลกเปลี่ยนระหว่างเซลล์ลดน้อยลง ทำให้เซลล์เสื่อมสภาพและตาย อีกทั้งสารนี้ยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมในสารรหัสพันธุกรรมอีกด้วย

1.3.4 ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress – Adaptation Theory)

แนวคิดของทฤษฎีคือบุคคลที่มีความเครียดในระดับสูง หรือเครียดบ่อยๆจะส่งผลให้เซลล์เสื่อมสภาพและตายได้เร็วกว่าปกติ

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory)

แนวคิดของทฤษฎีนี้อธิบายเกี่ยวกับ ลักษณะบุคลิกภาพ ความคิด การเรียนรู้ การปรับตัว พฤติกรรม ซึ่งส่งผลไปยังระบบต่างๆของร่างกาย ซึ่งเป็นการรวมกันทั้งทฤษฎีทางชีวภาพและทฤษฎีทางสังคมไว้ด้วยกัน

2.1 ทฤษฎีความฉลาดเปรี๊ยะ (Intelligence Theory)

แนวคิดของทฤษฎีคือผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งปราชญ์เนื่องจากประสบการณ์ที่สั่งสมมาตั้งแต่ ในอดีตและการสนใจเรียนรู้ และค้นคว้าหาความรู้อย่างต่อเนื่อง

2.2 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory)

แนวคิดของทฤษฎีคือการพัฒนาบุคลิกภาพของผู้สูงอายุตลอดทุกช่วงเวลาของชีวิต เป็นสิ่งกำหนดสภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ หากในอดีตผู้สูงอายุมีจิตใจดี มีเมตตา ช่วยเหลือผู้อื่น อยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้เป็นอย่างดี เมื่อเข้าสู่ช่วงสูงวัยก็จะประสบกับความสุข ซึ่งต่างจากผู้สูงอายุที่มีลักษณะนิสัย บุคลิกภาพไปในทางลบ จิตใจร้าย ไม่เผื่อแผ่ความรักให้กับผู้อื่น เมื่อเข้าสู่ช่วงสูงวัยจะประสบความทุกข์ ถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยว

2.3 ทฤษฎี 8 ชั้นของอีริกสัน (Erikson's Epigenetic Theory)

แนวคิดของทฤษฎีชั้นที่ 8 คือการประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลว ระหว่างความสามารถในการรวบรวมตนเองและความสิ้นหวัง

ตามทฤษฎีของอีริกสันบุคคลจะเข้าสู่ภาวะสูงวัยเมื่อมีอายุ ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป บุคคลที่จะประสบความสำเร็จในขั้นนี้ได้ต้องมีความสามารถในการรวบรวมตนเอง มองเห็นจุดดี และคุณค่าของชีวิตที่ผ่านมา มีความเข้มแข็ง มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำตนเป็นประโยชน์แก่สังคม ขณะที่ผู้ล้มเหลวในขั้นนี้จะสิ้นหวัง ท้อแท้ หมดกำลังใจและหวาดกลัวความตายที่จะเกิดขึ้น

2.4 ทฤษฎีของเพค (Peck 's Theory)

แนวคิดของทฤษฎีคือการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุ 3 ลักษณะ ได้แก่

1. Ego differentiation and work-role preoccupation การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับงานที่ทำ เมื่อเกษียณอายุจากงาน ที่ทำแล้วอาจมีงานอื่น เช่น งานอดิเรก เป็นตัวช่วยทดแทนได้
2. Body transcendence and body preoccupation เป็นการยินยอม และเข้าใจในสถานะที่เปลี่ยนแปลงไปของร่างกาย และอยู่ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีความสุข
3. Ego transcendence and Ego preoccupation ยอมรับในกฎเกณฑ์ของธรรมชาติ พร้อมจะเผชิญความตายอย่างเข้มแข็ง

2.5 ทฤษฎีเอกลักษณ์บุคคลของจุง (Jung's theory of individualism)

แนวคิดของทฤษฎีคือการเปลี่ยนมุมมองจากภายนอกสู่ภายใน เมื่อเข้าสู่ช่วงสูงวัย บุคคลจะประสบความสำเร็จได้ต้องมองเห็นคุณค่าภายในตนเอง มากกว่ามองความเสื่อมถอย ของภาวะร่างกายต้องยอมรับและเข้าใจทั้งผลสำเร็จและข้อจำกัดได้

2.6 ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Human Need Theory)

แนวคิดของทฤษฎีคือมนุษย์มีความต้องการเป็นลำดับขั้น เมื่อบรรลุขั้นหนึ่งแล้วจึงเลื่อน ไปสู่ขั้นถัดไปจนกว่าจะถึงขั้นสูงสุด เริ่มจากขั้นแรกคือ ความต้องการด้านร่างกาย ขั้นที่สองความต้องการความมั่นคง ปลอดภัย ขั้นที่สาม ความต้องการความรักและการเป็นเจ้าของ ขั้นที่สี่ความมีค่าในตนเอง และขั้นที่ห้า การได้รับการยอมรับ

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory)

แนวคิดของทฤษฎีนี้อธิบายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวบุคคลกับ ด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง สถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ

3.1 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)

แนวคิดของทฤษฎีคือผู้สูงอายุมีความต้องการในการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อความสุขและ ชีวิตที่ดีเช่นเดียวกับวัยอื่นๆ คำว่ากิจกรรมตามแนวคิดนี้ หมายถึงกิจกรรมต่างๆนอกเหนือจาก กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อตนเอง กล่าวคือกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อเพื่อนฝูง ต่อสังคม หรือชุมชน กิจกรรมเหล่านี้จะส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง และความมีประโยชน์แก่สังคมของผู้สูงอายุ

3.2 ทฤษฎีแยกตนเองหรือทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory)

แนวคิดของทฤษฎีคือการถอนตัวออกจากสังคมของผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากการลดลง ของบทบาทหน้าที่ตามการเสื่อมถอยของร่างกาย ผู้สูงอายุจะเกิดการยอมรับการลดลงของศักยภาพของตน และค่อยๆถอยออกจากสังคมเพื่อเปิดโอกาสให้คนรุ่นหลัง ซึ่งในช่วงแรกอาจเกิดความ วิตกกังวล ความไม่สบายใจ แต่ในที่สุดก็สามารถยอมรับและไม่เกี่ยวข้องกับสังคมได้ โดยการถอนตัวมีลักษณะสำคัญ ดังนี้

1. เป็นกระบวนการพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป
2. ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้
3. เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผู้สูงอายุพึงพอใจ
4. เป็นสากลของทุกสังคม
5. เป็นกฎของธรรมชาติเพื่อรักษาสมดุลของมนุษย์

3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory)

แนวคิดของทฤษฎีคือวัยสูงอายุเป็นวัยที่ไม่ใช่จุดสิ้นสุด และไม่หยุดนิ่งแต่ดำเนินไปอย่าง ต่อเนื่องตามแบบแผนชีวิตที่ผ่านมา กล่าวคือผู้สูงอายุก็จะพยายามดำรงชีวิตตามรูปแบบดั้งเดิม ไปเรื่อยๆ ตามความเชื่อ ทักษะคติ กิจวัตร ค่านิยมของแต่ละบุคคล

3.4 ทฤษฎีบทบาท (Role Theory)

แนวคิดของทฤษฎีคือการเปลี่ยนแปลงหรือการละทิ้งบทบาทเดิมของตนเพื่อก้าวเข้าสู่ วัยสูงอายุ เช่น การละทิ้งความสัมพันธ์แบบผู้ใหญ่มาเป็นความสัมพันธ์แบบสูงอายุ การละทิ้ง ความสัมพันธ์กับคู่สมรส เนื่องจากการเสียชีวิตของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง เป็นต้น

3.5 ทฤษฎีความพอเหมาะระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-Environment Fit)

แนวคิดของทฤษฎีคือความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมและบุคคล เมื่อสูงวัยขึ้น สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง จะยิ่งเพิ่มความรู้สึกคุกคามบุคคลมากยิ่งขึ้น ทำให้บุคคล หวาดกลัว และไม่กล้าเผชิญหน้า ซึ่งสามารถเห็นได้อย่างชัดเจนในสังคมเมืองที่มีความเจริญสูง ผู้สูงอายุจะรู้สึก ถูกทอดทิ้ง ล้าหลัง ไม่ทันกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยี

3.6 ทฤษฎีการแบ่งชั้นอายุ (Age stratification theory)

แนวคิดของทฤษฎีคือผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งในสังคม การสูงอายุจะเป็นปฏิสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันระหว่างบุคคลและสังคมอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา

จากทฤษฎีทั้ง 3 ทฤษฎีนี้จึงสรุปได้ว่าภาวะ “การสูงอายุ” นั้นไม่สามารถหาข้อสรุปที่ชัดเจนได้แต่อาศัยการอธิบายโดยรวม ซึ่งแต่ละทฤษฎีนั้นช่วยในการอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นและผลกระทบได้อย่างชัดเจน ทำให้การช่วยเหลือ ป้องกัน และสนับสนุนแก่ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งด้านบวก และ ด้านลบได้อย่าง ถูกต้องเหมาะสม

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ

ตั้งแต่มีการปฏิสนธิในครรภ์มารดาตามนุษย์จะมีพัฒนาการในเชิงบวก กล่าวคือมีลักษณะเจริญเติบโต มีขนาดใหญ่มากขึ้น อวัยวะต่างๆสามารถ “ทำงาน” ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การดำเนินการพัฒนาในเชิงบวกนี้จะดำเนินต่อไปจนถึงจุดสูงสุด หลังจากนั้นแล้วจะเกิดการคง ศักยภาพไว้ชั่วระยะเวลาหนึ่ง ก่อนที่จะเริ่มสูญเสียศักยภาพในการทำงานไปเรื่อยๆ ซึ่งก็คือชบวนการชราภาพ จนในที่สุดก็จะทำให้มนุษย์ถึงแก่ความตาย⁽³⁷⁾

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

1.1 น้ำหนักและส่วนสูง

ในวัยสูงอายุนั้นจะมีน้ำหนักที่ลดลงเนื่องจากมวลกล้ามเนื้อ (Muscle mass) น้อยลง ปริมาณสารน้ำในร่างกายและมวลกระดูกลดลง ยกเว้นผู้สูงอายุบางกลุ่มที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวตนเองได้หรือเคลื่อนไหวตนเองได้น้อย เช่น ข้อเข่าเสื่อม อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น

ส่วนสูงของผู้สูงอายุจะลดลงหรือเตี้ยลง เนื่องมาจากการเสื่อมและการหดตัวของกระดูกสันหลัง โดยปกตินั้นตั้งแต่อายุ 40 ปี มนุษย์จะเตี้ยลง 1.4 ซม./10 ปี

1.2 ไขมันและน้ำ

ปริมาณของไขมันสูงขึ้นขณะที่ปริมาณน้ำในร่างกายผู้สูงอายุกลับลดลง ไขมันในร่างกาย จะกระจายตัวเปลี่ยนจากการสะสมที่บริเวณใต้ผิวหนังไปสะสมบริเวณอวัยวะภายใน โดยเฉพาะบริเวณ Omentum สะโพกและต้นขา

ปริมาณน้ำในร่างกายที่ลดลงส่งผลให้ผิวหนังดูเหี่ยวเหี่ยว ยาน ไม่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากน้ำที่อยู่ระหว่างเซลล์และในเซลล์จากที่เคยมีถึง 60% ของน้ำหนักตัวจะลดเหลือเพียง 45%

1.3 ผิวหนัง

ผิวหนังของผู้สูงอายุจะบางลงจากการลดลงของไขมันใต้ผิวหนัง ทำให้ผิวหนังเหี่ยวเหี่ยว ยาน และมีสีของผิวหนังที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ตกรัศ เนื่องจากการทำงานของเมลานินลดน้อยลง หรือ มีจ้ำเลือดเกิดขึ้น โดยเฉพาะบริเวณแขนทั้งสองข้าง จากความเปราะของเส้นเลือดและความบางของไขมันใต้ผิวหนังทำให้ไม่สามารถพุงเส้นเลือดไว้ได้ เมื่อถูกกระทบก็จะเกิดรอยช้ำขึ้นโดยง่ายในผู้สูงอายุจะพบโรคผิวหนังได้ง่ายเนื่องจากผิวหนังขาดความยืดหยุ่น มักแห้งแตก เป็นขุย และคัน ฉีกขาดง่าย

1.4 ระบบหัวใจและหลอดเลือด

หลอดเลือดแดงในผู้สูงอายุจะแข็ง เปราะง่าย ขาดความยืดหยุ่น ทำให้ความดันโลหิตของผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น ระบบการทำงานของหัวใจจะแปรปรวนไป จังหวะการเต้น การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจมักพบ Atrial fibrillation และ Heart block ร่วมกับ Premature ventricular contraction ซึ่งทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น และก่อให้เกิดปัญหาภาวะหัวใจล้มเหลว และโรคแทรกซ้อนตามมา

การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดจะไม่พบอาการที่เด่นชัดมากนัก แต่จะมีผลทำให้สมรรถภาพการปรับตัวเมื่อเผชิญกับตัวแปรที่กระตุ้นความเครียด (Stress) ลดลง เช่น ภาวะการติดเชื้อ เสียเลือดและสารน้ำ เป็นต้น

1.5 ระบบทางเดินหายใจ

Inspiratory และ Expiratory reserve volume ลดลง ในขณะที่ Tidal volume และ Total lung capacity ไม่เปลี่ยนแปลง ทำให้ Residual volume มากขึ้น ซึ่งเป็นผลจาก Closing volume ส่งผลให้ PaO_2 ลดลง ความยืดหยุ่นของหลอดลมจะลดลงรวมกับการขาดความยืดหยุ่นของ Chest wall ทำให้มี แรงต้านของการหายใจเพิ่มสูงมากขึ้น อีกทั้งศูนย์ควบคุมการหายใจบริเวณก้านสมองก็จะลด ประสิทธิภาพลง โดยจะตอบสนองต่อภาวะ Hypoxia และ Hypercapnia ไม่ดีเท่าเดิม ผู้สูงอายุจะ เสี่ยงต่อภาวะ Hypoxia มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจมักจะทำให้เกิด Post operative complication แม้แต่ในผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีปัญหา Pulmonary disease มาก่อน

1.6 ระบบทางเดินอาหาร

1.6.1 ช่องปากและทางเดินอาหาร

ปัญหาจากโรคเหงือกและการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุ มักก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ อย่างอื่นตามมา ในภายหลัง เนื่องจากทำให้รับประทานอาหารไม่สะดวก ไม่อาจบด ตัด อาหารที่แข็ง หรือเหนียวได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องเลือกทานอาหารนิ่มๆ ไม่สะดวกในการทานผักหรือเนื้อสัตว์ อาหารที่มักรับประทานส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแป้งและน้ำตาล ทำให้ขาดสารอาหาร น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น หรือลดน้อยลง เกินกว่าเกณฑ์ปกติ

1.6.2 ต่อมรับรสในปาก

ต่อมรับรสทำงานได้น้อยลง การรับรสตัวยลง ทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่มาก เปลี่ยนมารับประทานอาหารหวานเนื่องจากสามารถรับรสได้ดีกว่าต่อมรับรสอื่นๆ

1.6.3 ภาวะอาหารและลำไส้

การสร้างกรดในกระเพาะอาหารลดลง การย่อยอาหารจำพวกโปรตีนน้อยลง และอาจเกิด Anemia จากการทำงานของ Intrinsic factor เปลี่ยนแปลงไป การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง มีแนวโน้มที่จะท้องผูกมากขึ้น และเนื่องจากรับประทาน อาหารจำพวกเส้นใยสูง ได้ไม่มากก็จะยิ่งทำให้กากอาหารน้อย น้ำน้อย อุจจาระก็ยิ่งน้อยและแข็ง ทำให้อาการท้องผูกแย่ลง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิด Diverticulosis และ Infection ตามมาได้

1.6.4 การทำงานของตับและไต

ขนาดของตับจะเล็กลงและเลือดจะไหลเวียนผ่านตับน้อยลง สารพิษต่างๆ หรือยาสามารถสะสมในร่างกายได้มากขึ้น เนื่องจากการด้อยประสิทธิภาพของ Cytochrome P450 ซึ่งมีหน้าที่ในการ Oxidation substance ต่างๆที่เข้าไปในร่างกาย

การทำงานของไตลดลง เนื่องจาก Nephron loss และ Renal blood flow ก็ลดลง ทำให้ Creatinine clearance ลดลง แต่ค่า Serum creatinine ในผู้สูงอายุมักอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือต่ำกว่าปกติ เนื่องจากมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุลดลง ทำให้มีการเพิ่มของ Creatinine ต่อเมื่อ Nephron loss มากขึ้น จนถึงขั้น Renal insufficiency

การ Concentrate และ Dilute urine ของปัสสาวะล่าช้าและไม่สมบูรณ์ ถึงแม้จะมีปริมาณที่เพียงพอแต่ก็ไม่สามารถ Concentrate ปัสสาวะถึงจุดสูงสุดเหมือนที่เกิดในวัยหนุ่มสาวได้

1.7 ระบบประสาท

เซลล์สมองลดลง ขนาดสมองเล็กลง น้ำหนักสมองน้อยลง ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างเนื้อสมองและกระโหลกศีรษะ หากเกิดแรงกระแทก กระแทบกระเทือน อาจส่งผลให้เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดที่เลี้ยงสมองด้านนอก เกิด Subtotal hemorrhage/Hematoma ได้

การทำงานของสมองโดยเฉพาะส่วนความจำ การเรียนรู้ การรับรู้สัมผัสต่างๆ เช่น การมองเห็น การฟัง การรับรู้ เย็น ร้อน อ่อน แข็ง แหลม หู จะลดลง ความจำระยะสั้นจะสูญเสียก่อนความจำระยะยาว

การสร้างสารสื่อประสาทลดลงแต่ลดลงแบบไม่สมดุลกัน เนื่องจากการทำงานของ สารสื่อประสาทจะต้องพึ่งทั้งปริมาณและสัดส่วนของตัวเอง เพื่อให้ทำงานได้มีประสิทธิภาพ เมื่อการสร้างสาร

เหล่านี้แปรปรวนไปจะก่อให้เกิดปัญหา ทั้งทางด้านร่างกาย ความจำ พฤติกรรม บุคลิกภาพ เช่น การลดลงของสาร Dopamine ทำให้มีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติแบบพาร์กินสัน คือ เดินตัวแข็ง ก้าวสั้นๆ ไม่แสดงสีหน้า สั่น เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ “วงจรการนอน” ในผู้สูงอายุ ซึ่งการหลับลึก (ขั้นที่ 3 และขั้นที่ 4 ของ Non REM sleep) จะลดลง รวมทั้ง Nocturnal awakening เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเหมือนนอนไม่หลับทั้งคืน เนื่องจากตื่นขึ้นมาบ่อย แม้จะมีช่วงที่หลับบ้างก็ตาม ผู้สูงอายุตื่นจะรู้สึกไม่สดชื่น เพลีย และงีบหลับตอนกลางวัน หรือ รับประทานสารกระตุ้น เช่น กาแฟ ชา เครื่องดื่มชูกำลัง เป็นต้น ซึ่งจะยิ่งส่งผลให้เกิดปัญหานอนไม่หลับในตอนกลางคืนเพิ่มขึ้น

1.8 ระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย

การลดลงของการสร้าง Antibody และ Cell mediated immunity ลดศักยภาพลงถึงแม้จะมีจำนวน Lymphocyte จะเท่าเดิมก็ตาม ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากยิ่งขึ้น

1.9 กล้ามเนื้อและกระดูก

กล้ามเนื้อจะลดลงทั้งจำนวนและขนาดของไฟเบอร์ ทำให้ความแข็งแรงลดลง ร่วมกับการสูญเสียศักยภาพของระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลายทำให้ปฏิกิริยาโต้ตอบต่อ Postural change ลดลง ลื่นหกล้มได้ง่ายขึ้นมีการลดลงของมวลกระดูก โดยเฉพาะในเพศหญิงหลังหมดประจำเดือน หรือตั้งแต่ 50 ปี เป็นต้นไป บางรายที่มีมวลกระดูกต่ำกว่าเกณฑ์ อาจทำให้เกิดภาวะ Osteoporosis ได้

1.10 ระบบต่อมไร้ท่อ

ระบบฮอร์โมนหลายชนิดลดลงตั้งแต่ช่วงวัยกลางคน มีการทำงานแปรปรวนของ ต่อมไทรอยด์ ซึ่งมีลักษณะทั้งแบบ Hyper thyroidism และ Hypo thyroidism ส่งผลกระทบต่อความสามารถของร่างกาย บุคลิกภาพ จิตใจ และพฤติกรรม นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศมีความสำคัญอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงจะ แตกต่างกันระหว่างเพศ กล่าวคือ ในเพศหญิงฮอร์โมน Estrogen จะแปรปรวนและลดลงอย่างมาก จนใกล้ศูนย์ในสตรีวัยหมดประจำเดือน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆที่มีความเกี่ยวพัน กับฮอร์โมนนี้ ระบบที่แสดงให้เห็นชัดคือระบบ Genitourinary system ผู้หญิงส่วนใหญ่ทั้งหมด ประจำเดือนจะมีอาการที่เรียกว่า อาการวัยทอง ลักษณะอาการคือ

1. ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ เช่น มาเร็ว มาช้า มามาก มาน้อย มานาน
2. วูบวาบ ร้อนตามตัว จะมีร้อนโดยเฉพาะส่วนบนของร่างกาย แก้ม คอ หลัง จะแดง หลังจากนั้นจะตามด้วยเหงื่อออกและหนาวสั่นในเวลากลางคืน
3. เนื่องจากระดับ Estrogen ลดลงทำให้เยื่อบุช่องคลอดแห้งและบางลงอาจจะมีอาการปวดขณะร่วมเพศ และมีการติดเชื้อในช่องคลอดบ่อยขึ้น
4. กั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะเล็ดเวลาจามหรือไอ
5. บางคนจะมีความรู้สึกทางเพศลดลงแต่บางรายมีความรู้สึกทางเพศสูงขึ้น
6. นอนหลับยาก ตื่นเร็ว อาจตื่นกลางคืนและเหงื่อออกมาก
7. อารมณ์ผันผวนโกรธง่ายมีอาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เร็ว เครียดง่าย หงุดหงิด ซึมเศร้า โดยไม่มีสาเหตุ โกรธง่าย ใจน้อย ควบคุมอารมณ์ได้ยาก
8. ผิวหนังเริ่มเหี่ยวแห้ง ตกกระตามผิวหนัง ผิวหนังจะบางลง แห้งและเกิดเป็นแผลได้ง่าย มีอาการคันตามผิวหนัง และผิวหนังเกิดผื่นแพ้ง่าย
9. เส้นผมจะหยาบแห้งและบางลง หลุดร่วงได้ง่าย ไม่ตกดำเป็นเงางาม
10. ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หรือปวดตามข้อและกระดูก กระดูกจะบางและเปราะง่าย เวลาหกล้มกระดูกจะหักได้ง่ายขึ้น

หลังจากผ่านพ้นช่วงนี้ไปผู้หญิงที่หมดประจำเดือนมักต้องเผชิญ ปัญหาเกี่ยวกับกระดูกพรุน เนื่องจากการสูญเสียเนื้อกระดูกไปมากหลังจาก 3-5 ปี หลังหมดระดู ส่วนในเพศชายฮอร์โมนจะลดลงอย่างช้าๆไปเรื่อยๆ ไม่มีลักษณะฮอโมนใกล้ถึงระดับศูนย์ เหมือนเพศหญิง ฮอโมนที่ลดลงคือ ฮอโมน Testosterone ซึ่งเพศชายจะยังสามารถมีเพศสัมพันธ์ และมีบุตรได้แม้อายุมากแล้วก็ตามพบว่าถึง 1 ใน 3 ของเพศชายที่มีอายุ 80 ปียังมีปริมาณ Testosterone อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุนั้นเป็นผลกระทบอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาและด้านสังคม สิ่งที่มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้นมาจากปัจจัย 2 ลักษณะ ได้แก่ ปัจจัยภายนอกร่างกาย และปัจจัยภายในร่างกาย⁽³⁷⁾

1. ปัจจัยภายนอกร่างกาย ได้แก่

- 1.1. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ได้แก่ การสูญเสียคู่สมรส การสูญเสียบุตร หรือ การแยกออกไปของบุตร การสูญเสียญาติสนิท มิตรสหาย ทำให้เกิดความรู้สึก ว่าเหว่ ซึมเศร้า ไร้คุณค่า ไร้ความหมาย หมดที่พึ่งพา ห่วงกังวลอนาคต

- 1.2. การสูญเสียปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสูญเสียบทบาทหน้าที่ การปลดเกษียณทั้งที่ ผู้สูงอายุบางท่านยังสามารถทำงานได้ ทำให้เกิดความคับข้องใจ หมดคุณค่า สูญเสียรายได้ ก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจและสังคม รู้สึกเหงา ขาดการติดต่อ จากเพื่อนฝูง
2. ปัจจัยภายในร่างกาย ได้แก่
 - 2.1. การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ในระบบต่างๆทำให้เกิดโรคทางกาย โดยเฉพาะการเสื่อมสมรรถภาพด้านเพศ ⁽²⁹⁾ โดยเฉพาะในเพศชายที่ยังคงมีความต้องการแต่การ เปลี่ยนแปลงทางร่างกายทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ รวมทั้ง มุมมองของสังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ที่ปิดกั้นความต้องการด้านเพศ ในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัดตันใจ หนักใจ วิตกกังวล

ปัจจัยดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่มั่นคงในตนเอง วิตกกังวล ซึมเศร้า หวาดระแวง ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งมักจะชดเชยความรู้สึกด้านลบจากการสะสมของ ย้ำคิดย้ำทำ จู้จี้ เดียดเดียดร้าย แต่ก็มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ไม่ได้เป็นเช่นนั้น สภาพจิตใจของผู้สูงอายุจะเป็นเช่นไรนั้นก็ขึ้นอยู่กับลักษณะอุปนิสัยที่พัฒนามาตั้งแต่แรกเกิด และการเรียนรู้ด้วยตนเอง รวมทั้งประสบการณ์ที่ผ่านมาตลอดชีวิต ⁽¹²⁾

ปัญหาด้านจิตใจที่มักพบบ่อยในผู้สูงอายุได้แก่ ⁽³⁸⁾

1. ภาวะซึมเศร้า ทำให้เบื่ออาหาร หมดเรี่ยวแรง ไม่อยากพบปะพูดคุยกับใคร ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจดูแลตนเอง บางคนมีอาการหงุดหงิด โวยวาย คิดว่าตนเองไร้ประโยชน์ อยากตาย
2. ภาวะวิตกกังวล ทำให้หวัง กลัวกังวลในเรื่องต่างๆมักชอบโวยวาย คิดมาก ไม่หลับ เครียด ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดตามร่างกายโดยไม่มีสาเหตุ
3. ปัญหาอนไม่หลับ จากการเปลี่ยนแปลงวงจรการนอน ทำให้ผู้สูงอายุมักตื่นขึ้นกลางดึก และหลับต่ออยาก ทำให้เพลีย เจ็บหลับเวลากลางวัน อารมณ์หงุดหงิด ร่างกายเปลี้ยไม่มีแรง
4. หวาดระแวง กลัวคนมาหลอก กลัวโดนทำร้าย โดนคนอื่นปองร้าย ทะเลาะกับคนใกล้ชิด หลงลืมของ มักคิดว่ามีคนมาขโมยของตนเอง
5. สับสน มักหลงลืม วัน เวลา สถานที่ บุคคล ไม่รับรู้ตามความเป็นจริง เกิดร่วมกับภาวะ สมองเสื่อม

ไพรัตน์ พฤษชาติคุมากร⁽³⁷⁾ ได้กล่าวถึงผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะจิตดี ได้แก่

1. เห็นคุณค่าในตนเอง
2. มีความรู้สึกมั่นคงทั้งร่างกายและจิตใจ
3. ยอมรับตนเองตามสภาวะความเป็นจริง
4. มีความสามารถที่จะยอมรับความรักจากผู้อื่น และในทางกลับกันก็สามารถมอบความรักให้แก่ผู้อื่นได้
5. มีความสามารถและมีความสุขในการทำตนให้เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น
6. มีความสุขตามอัตภาพของตนเอง
7. มีความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนให้เหมาะสม
8. มีจิตใจมั่นคงไม่ตึงเครียดและหวั่นไหวง่าย
9. รับมือกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างเหมาะสม
10. มองโลกตามความเป็นจริง
11. อยากรู้อยากเห็นอย่างพอเหมาะ
12. มีจุดหมาย เป้าหมายในชีวิต และสามารถทำให้ประสบผลสำเร็จ
13. มีความพอใจจากการตอบสนองของร่างกาย

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

ก่อนจะถึงระยะที่ผู้สูงอายุต้องถอยห่าง หรือลดบทบาทหน้าที่ของตนนั้น ผู้สูงอายุได้เปลี่ยนผ่านจากระยะเข้าสู่สังคม (แรกเกิด - 30 ปี) และระยะสร้างสังคม (30 ปี - 60 ปี เป็นต้นไป)

ระยะออกจากสังคมแบ่ง เป็น 2 ลักษณะ คือ อันดับแรก เป็นระยะที่ผู้สูงอายุเกษียณออกจากการทำงาน อันดับต่อมาคือการลดบทบาทของตนเองลงด้วยยอมรับต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง ตามวัย โดยละจากบทบาทหัวหน้าครอบครัวมาเป็นสมาชิกในครอบครัว สังคมของผู้สูงอายุจะ แคบลงมีเพียง ครอบครัว ญาติ และเพื่อนสนิทเท่านั้น

สาเหตุหลักที่มักจะทำให้เกิดปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม⁽³⁹⁾มีดังต่อไปนี้

1. การถูกทอดทิ้ง การเปลี่ยนผ่านสังคมเป็นสังคมสมัยใหม่และการขยายตัวของเขตชุมชนเมืองขนาดใหญ่ตามภูมิภาคต่างๆอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้คนวัยทำงานต่างย้ายเข้ามาอยู่ในตัวเมืองมากขึ้นเพื่อแสวงหาโอกาส และรายได้ รวมทั้งลักษณะครอบครัวที่เป็น ครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น สมาชิกน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุมักถูกทอดทิ้งอยู่ลำพังเพื่อเฝ้าบ้าน เลี้ยงหลาน มักถูกมองว่าเป็นภาระ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ขาดคนคอยดูแลใกล้ชิด ยามป่วยไข้ ทำให้รู้สึกท้อแท้ หมดอาลัยตายอยาก และเศร้าซึม
2. การเสื่อมความเคารพนับถือ จากการเข้ามาของอิทธิพลตะวันตก ซึ่งยึดความคิดส่วนตน ผู้สูงอายุมักถูกมองว่าหัวโบราณ ตกยุค ไม่ทันสมัย จู้จู้ขี้บ่น ทำให้เกิดความรู้สึกด้อยค่า น้อยอกน้อยใจในตนเอง
3. การถูกลดบทบาท การเปลี่ยนบทบาทจากผู้นำครอบครัว เป็นคนที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ไม่มีความสำคัญเหมือนอดีต ไม่สามารถเลี้ยงดูตนเองได้ ทำให้รู้สึกหมดหวังหมดค่า อับอายว่าตนเองเป็นภาระไม่สามารถดูแลตนเองได้

จากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ของผู้สูงอายุนั้นล้วนแล้วแต่ ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทุกด้าน และเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุนั้นไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ความสามารถในการยอมรับและปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นนั้นก็ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ พัฒนาการ การเรียนรู้ของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลรวมถึง กำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุของลูกหลานและการคงความสัมพันธ์ที่ดีต่อญาติมิตร ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยประคับประคองผู้สูงอายุให้ผ่านพ้นการเปลี่ยนแปลงไปได้อย่างมีสุข

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

คำจำกัดความของ “ภาวะซึมเศร้า”

“ภาวะซึมเศร้า” หรือ Depression มาจากคำว่า Deprivere ในภาษาละติน แปลความได้ว่า กัดตำลง หรือจมลงต่ำกว่าตำแหน่งเดิม โดย Hippocrates เรียกภาวะซึมเศร้านี้ว่า “เมลานโคเลีย” ซึ่งเขาได้อธิบายไว้ว่าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตใจ ทำให้มีอาการเศร้า⁽⁴⁰⁾

จากบทความนี้แสดงให้เห็นว่าความ “ภาวะซึมเศร้า” นั้นเป็นอาการที่เป็นที่รู้จัก อย่างแพร่หลายและมีผู้สนใจมาตั้งแต่ยุคโบราณ จนกระทั่งถึงในยุคปัจจุบันก็ยังคงมีการศึกษา ค้นคว้าเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าอยู่เป็นจำนวนมาก

ไวเนอร์⁽⁴¹⁾ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและสรุปความหมายของภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1. ภาวะซึมเศร้า มีองค์ประกอบจากการคิดในเชิงลบหรือมองตัวตนและอนาคต ในเชิงลบ
2. ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่แสดงให้เห็นเมื่อบุคคลไม่สามารถปรับตัวในเชิงบวกได้
3. ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะของการจมอยู่กับความรู้สึกด้านลบ อย่างไม่อาจถอนตัวได้

มาโนช หล่อตระกูล⁽⁴²⁾ได้ให้ความหมายของ “ภาวะซึมเศร้า” ว่าเป็นการตอบสนองของจิตใจต่ออารมณ์ด้านลบ เช่น การสูญเสีย ความกดดัน ความรู้สึกไร้ค่า การหมกมุ่นอยู่กับความผิดท้อแท้ ซึ่งภาวะนี้ทำให้บุคคลมีความคิด บุคลิกภาพ พฤติกรรมแตกต่างจากเดิม เช่น เงียบ เก็บตัวนอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ เบื่ออาหาร ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

ศิริพร จิรวัดน์กุล⁽⁴³⁾กล่าวว่าความหมายของภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งออกเป็น 3 นัย

1. นัยทางอารมณ์และความรู้สึก

ภาวะซึมเศร้าคือการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของบุคคล โดยทั่วไปนั้น บุคคลมีการแสดงออกของอารมณ์ด้านลบเป็นสิ่งที่ปกติธรรมดา โดยเป็นเพียงชั่วคราว และตาม เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การสูญเสียบุคคลสำคัญ สอบตก โดนไล่ออกจากงาน เป็นต้น แต่ซักระยะบุคคลจะสามารถปรับตัวและยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ แต่ภาวะซึมเศร้า คือการที่บุคคลมีการแสดงออกของอารมณ์ พฤติกรรมด้านลบอยู่นานเกินกว่าปกติ หรือนานกว่า 2 สัปดาห์ และยาวนานอาการของภาวะซึมเศร้าก็ยิ่งรุนแรง เช่น มีการทำร้ายร่างกายตนเอง มีความพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น การบ่งบอกว่าภาวะที่เกิดขึ้นเป็นภาวะซึมเศร้าหรือไม่ประเมินจากระยะเวลาที่เป็นและความ

เหมาะสมของการแสดงออกของพฤติกรรมต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ถ้าหากภาวะนี้ส่งผลกระทบรบกวนต่อการดำเนินชีวิตตามปกติของบุคคลนั้น ให้ถือว่าเป็นอารมณ์ และความรู้สึกที่ผิดปกติ

2. นัยทางอาการ

ความซึมเศร้าแสดงออกมาให้รับรู้ได้ ในรูปแบบของอาการต่างๆ ได้แก่

2.1. ทางกาย ซึ่งจะมีลักษณะเหมือนการป่วยเรื้อรัง เช่น มวนท้องประจำ ปวดศีรษะบ่อย ปวดกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย หัวใจเต้นแรง เป็นต้น

2.2. ทางพฤติกรรม เช่น โกรธเคี้ยว อาละวาด ไม่หลับไม่นอน กระวนกระวาย ไม่อยู่นิ่ง แยกตัว เก็บตัว หหมดอารมณ์ทางเพศ ไม่สนใจกิจกรรมที่ชอบ เป็นต้น

ซึ่งลักษณะอาการเหล่านี้สามารถพบได้ในอาการผิดปกติอื่นๆ ดังนั้นควรมี เกณฑ์การวินิจฉัย ประกอบ

3. นัยการเป็นโรค

ความซึมเศร้าที่มีนัยของโรคหรือกลุ่มอาการความผิดปกติทางจิตเวช โดยจัดกลุ่มอยู่ในโรคอารมณ์ผิดปกติ เป็นโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) ซึ่งเป็นภาวะที่ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์อย่างเหมาะสม

ดวงใจ กษานติกุล⁽⁴⁴⁾ได้นิยามความหมายของ “ภาวะซึมเศร้า” ว่าเป็นการแปรปรวนของ ทั้งด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ซึ่งจะแสดงอาการออกมา ดังต่อไปนี้

1. อาการทางกาย เช่น นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ไม่สบายท้อง เวียนศีรษะ ปากแห้ง หหมดเรียวแรง เมื่อยตามเนื้อตัว เป็นต้น
2. จิตใจและการเคลื่อนไหว เช่น เฉื่อยชา เคลื่อนไหวช้า พุดยานคาง หรือ เหม่อลอย อาจมีลักษณะ กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง เป็นต้น
3. อาการทางความคิด เช่น รู้สึกไร้คุณค่า เหนง ว่าเหว่ หหมดหวัง ไม่มีสมาธิ เปื่อหน่าย อยากทำร้ายตนเอง อยากตาย เป็นต้น

ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร⁽⁴⁵⁾ ได้นิยาม “ภาวะซึมเศร้า” ว่าเป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดจากภาวะทางปัญญาของบุคคลตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ตนไม่สามารถรับมือได้ ทำให้เกิดความแปรปรวน เบี่ยงเบนในด้านของกระบวนการความคิด พฤติกรรม แรงจูงใจ การรับรู้ ความสนใจ มีความคิดจับผิดตนเอง มองตนเองในแง่ลบ

เบคและคณะ⁽⁴⁶⁾ กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าคือ ความคิดที่โน้มเอียงไปในทางลบทั้งต่อตนเอง อนาคต และสิ่งแวดล้อมรอบตัว โดยเป็นความคิดที่มีลักษณะดังนี้

1. ส่วนสรุปบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ
2. คิดเฉพาะด้านลบเพียงด้านเดียว
3. การคิดและแปรความเกินความเป็นจริงของสิ่งที่เกิดขึ้น
4. การต่อเติมเรื่องราว หรือเลือกรับรู้เฉพาะบางเรื่อง
5. เชื่อมโยงเรื่องราวต่างๆเข้าหาตนเอง
6. ไม่มีการคิดหรือการมองปัญหาแบบองค์รวม

จากการนิยามความหมายของภาวะซึมเศร้าทั้งหมด จึงสรุปว่า “ภาวะซึมเศร้า” เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ภาวะดังกล่าวทำให้บุคคลมีแนวโน้มของ ความคิด พฤติกรรมและอารมณ์เป็นไปในเชิงลบ ไม่อยู่ในพื้นฐานของความเป็นจริง ภาวะซึมเศร้าที่รบกวนการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคลถือว่าเป็นภาวะที่ผิดปกติ และควรได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ “ภาวะซึมเศร้า”

ปัจจัยการเกิด “ภาวะซึมเศร้า” นั้นยังไม่มีทฤษฎีใดสามารถหาข้อสรุปถึงสาเหตุ การเกิดได้ชัดเจนครอบคลุมนัก การอธิบายถึงสาเหตุการเกิดต้องอาศัยการเชื่อมโยงของทฤษฎี หลายทฤษฎีเข้าด้วยกันในการอธิบาย สาเหตุหรือแนวคิดทฤษฎีหลักๆในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยด้านชีววิทยา และปัจจัยด้านจิตสังคม

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา

ปัจจัยด้านชีววิทยาแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ พันธุกรรม สารชีวเคมี และฮอร์โมน รวมทั้งประสาทสรีรวิทยาของการนอน⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾

1.1 พันธุกรรม

จากการศึกษาประวัติครอบครัวของผู้ที่มีภาวะโรคซึมเศร้าพบว่าหากผู้ที่ใกล้ชิด ทางสายเลือด ในอันดับที่ 1 และ 2 ได้แก่ บิดา มารดา และพี่น้อง มีภาวะของโรคซึมเศร้า บุคคลในครอบครัวนั้นมี โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค ประมาณ 1.5 - 3 เท่า ของคนปกติทั่วไป

และในการศึกษาของฝาแฝดพบว่า ฝาแฝดจากไข่ใบเดียวกันมีอัตราสัมพันธ์ในการเกิด ภาวะซึมเศร้าชนิดรุนแรงถึงร้อยละ 50 ส่วนในแฝดคนละใบพบร้อยละ 10 ถึง ร้อยละ 25

1.2 สารชีวเคมี

การลดลงของสารนอร์อิพิเนพริน โดปามีน และสารซีโรโทนิน อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงของ ระบบประสาท ได้แก่ ความแปรปรวนของระดับสารชีวเคมี การแตกตัวของสารละลายไฮเดียม การ แลกเปลี่ยนสารโพแทสเซียมไม่สมดุล

1.3 ฮอร์โมน

การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนและเอสโตรเจนในเพศหญิง ในช่วงก่อน และ หลังมีประจำเดือน การตั้งครรภ์ และการเข้าสู่วัยทอง มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในเพศหญิง

ความผิดปกติของ Hypothalamic-pituitary-adrenal ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของ สาร ชีวเคมีในร่างกาย การเพิ่มขึ้นของสาร steroid และการเสียสมดุลของ thyroid hormone axis และ growth hormones ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าทั้งสิ้น

1.4 ประสาทสรีรวิทยาของการนอน

ความผิดปกติของประสาทสรีรวิทยาของการนอน ได้แก่ การตื่นเร็วกว่าปกติ ,การตื่นช้ากว่า ปกติ ,ใช้เวลาในการเริ่มนอนนาน, การสั้นลงของช่วงหลับสนิทที่เกิด REM,REM ช่วงแรกที่ยาวขึ้น, ความผิดปกติของวงจรการนอนและตื่น และ Delta wave ที่ผิดปกติ

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม

ปัจจัยด้านจิตสังคมถือว่าเป็นปัจจัยที่มีบทบาทความสำคัญอย่างยิ่งกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ปัจจัยพลวัตทางจิต ปัจจัยทางความคิด ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม⁽⁴⁹⁾

2.1 ปัจจัยภายในใจหรือพลวัตทางจิต

ปัจจัยภายในหรือพลวัตทางจิตเป็นแนวคิดจาก “ทฤษฎีจิตวิเคราะห์” โดยได้อธิบายถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ไว้ดังต่อไปนี้

2.1.1 ความโกรธที่หันเข้าหาตนเอง

Sigmund Freud ได้อธิบายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าไว้ว่าเกิดจากสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งเป็นการสูญเสียที่เกิดขึ้นจริงๆ หรือเป็นเพียงจินตนาการก็ได้ ในที่นี้ต้องอธิบายก่อนว่าภาวะ ซึมเศร้า กับอารมณ์โศกเศร้า นั้นแตกต่างกัน ภาวะซึมเศร้าจะทำให้บุคคลมีการตอบสนองของอารมณ์ที่ รุนแรง รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกผิด ต่ำหนиและโทษตนเอง ซึ่งไม่พบในอารมณ์โศกเศร้า

การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักทำให้เกิดกลไกทางจิตอย่างหนึ่งเรียกว่า Introjection คือการเอาความคิด ความรู้สึกของคนอันเป็นที่รัก หรือสิ่งที่รัก หรือรังเกียจจากภายนอกมาเก็บเอาไว้ ภายในตนเอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะรับเอาภาพของบุคคลที่สูญเสียมาไว้ในใจของตน โดยความรู้สึกที่มีต่อคนที่รักนั้นจะเป็นความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียด เกลียดที่บุคคลที่รักนั้นทอดทิ้งไป ดังนั้นเมื่อถึง ภาพของคน ที่รักนั้นเข้ามาไว้ในจิตใจแล้ว ความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียดจึงย้อนกลับเข้าตัวเอง ทำให้เกิด การตำหนิตนเอง โทษตัวเองตามมา อันเป็นต้นกำเนิดของภาวะซึมเศร้า

Karl Abraham ได้อธิบายหน้าที่ของ Introjection เพิ่มเติมอีกว่า

- a. การซึมซับเอาบุคคลที่รักไว้ในจิตใจก่อให้เกิด “อุดมคติแห่งตน” ที่อยากเป็นหรืออยากถือ เป็นแบบอย่าง
- b. การโทษตนเอง ตำหนิตนเอง

ทฤษฎีภาวะซึมเศร้าตามหลักของ Sigmund Freud และ Karl Abraham นี้สามารถสรุปได้เป็น 4 ประการ ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าเกิดจากความบกพร่องของการเลี้ยงดูและความสัมพันธ์กับมารดา ในช่วง 12-18 เดือนแรกของชีวิต
2. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเป็นตัวกระตุ้นก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า
3. การใช้กระบวนการทางจิตแบบ “Introjection” เป็นตัวนำให้เกิดภาวะซึมเศร้า
4. ความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียดคนที่รัก ย้อนกลับมาเข้าหาตน ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

2.2 การติดเซ็กซ์อยู่ในช่วงระยะซึมเศร้า

อธิบายด้วยทฤษฎีความสัมพันธ์กับบุคคลของ Malanie Klein ซึ่งอธิบายว่า ในระยะ 6 เดือนแรกของชีวิต เรียกว่าช่วงระยะหวาดระแวงและแบ่งแยก ทารกจะเผชิญกับแรงกดดัน ทั้งในส่วนที่ดี และในส่วนที่เลวร้าย ทารกจะโยนส่วนที่เลวร้ายนั้นให้กับมารดาด้วยกระบวนการ Projection ดังนั้น ทารกจะมองเห็นว่ามารดานั้นมี 2 ส่วน คือส่วนที่ดี อ่อนโยน และส่วนที่เลวร้าย นำหวาดกลัว โดยกลไกทางจิตแบบ Splitting หลังจาก 6 เดือนแรกผ่านไปทารกจะรวมทั้งส่วน ดีและส่วนที่เลวร้ายไว้เป็นบุคคลคนเดียว ทารกจะรู้สึกกลัวว่าส่วนที่ก้าวร้าวของตนจะไปทำร้าย มารดา จึงเกิดความรู้สึกผิด เรียกช่วงนี้ว่า “ช่วงระยะซึมเศร้า”

“ช่วงระยะซึมเศร้า” เป็นช่วงที่มีความสำคัญมาก หากมารดาโอบอุ้ม คอยดูแลทารกอย่างดี ทารกจะเริ่มเข้าใจว่ามารดาถึงจะไม่ได้คอยดูแล ตอบสนองตนเองตลอดแต่ก็ไม่ได้ทอดทิ้งตนเอง ทารกจะเลิกใช้กลไกทางจิตแบบ Projection และระงับความก้าวร้าวของตน ทำให้ความรู้สึกซึมเศร้า ลดน้อยลงในที่สุด แต่หากว่ามารดาปล่อยปละละเลยทารก ทารกก็จะยังคงติดอยู่กับช่วงระยะนี้ จนเจริญเติบโต ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในอนาคต

2.3 ความแตกต่างระหว่างอุดมคติแห่งตนและความเป็นจริง

Edward Bibring ได้อธิบายถึงภาวะซึมเศร้าว่าเกิดจากความขัดแย้งกันเองระหว่างอัตตาหรืออีโก้ กล่าวคือ อุดมคติแห่งตนของแต่ละบุคคลนั้นคือ เป็นคนดี คนเก่ง มีความสามารถ เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น นำชื่นชมยกย่อง แต่ในความเป็นจริงนั้นกลับไม่ได้เป็นไปตามนั้น ทำให้บุคคลรู้สึกด้อยค่า ไม่มีความสามารถ ต่ำหนืดตนเอง จนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2.4 อัตตาหรืออีโก้ไม่สามารถต้านทานคุณธรรมศีลธรรมที่รุนแรง

Edith Jacobson อธิบายว่าเกิดจากการไม่ยอมรับและไม่ตอบสนองทางอารมณ์ ของบิดามารดาในวัยเด็ก ส่งผลให้เกิดอารมณ์ 2 ทาง คือ อารมณ์โกรธเคี้ยว และอารมณ์ท้อแท้ หมดคุณค่าในตนเอง โทษอัตตาที่เลวร้ายของตนทำให้ไม่ได้รับการยอมรับจากบิดามารดา บุคคลจะ พยายามชดเชยด้วยการสร้าง “อัตตาตรวจสอบและตัดสินความถูกผิด” ของตนเองขึ้นมา จนเป็น คุณธรรมศีลธรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงของบุคคล คุณธรรมศีลธรรมนี้ทำหน้าที่ตัดสิน ตำหนิติเตียน ทำร้ายอัตตาดั้งเดิมของตนเอง เมื่ออัตตาดั้งเดิมถูกทำลายไปจะส่งผลให้บุคคลรู้สึกหมดคุณค่า รู้สึกผิด ตำหนิตตนเอง หากคุณธรรมศีลธรรมนั้นยิ่งสูงมากเท่าใดอัตราการโทษตนเองก็จะมากขึ้น เท่านั้นจนอาจถึงขั้นฆ่าตัวตายในที่สุด

2.5 ผู้บงการชีวิต

Silvano Arieti ทำการวิจัยในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง และรักษาไม่หายด้วยวิธีทางกาย พบว่า บุคคลกลุ่มนี้มีมักมีชีวิตอยู่เพื่อบุคคลอื่นมากกว่าตนเอง บุคคลอื่นได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส อุดมคติของผู้ป่วย หรือองค์กร โดยเรียกรวมว่า “ผู้บงการชีวิต” โดยภาวะซึมเศร้าจะเกิดขึ้นเมื่อ “ผู้บงการชีวิต” ไม่สามารถตอบสนองตามที่ตนเองคาดหวัง เช่น ยกย่องชมเชย ให้ความรักใคร่ ทำให้ บุคคลเกิดความรู้สึกไร้ค่า ไม่มีจุดหมาย นอกจากนั้นบุคคลเหล่านี้ยังขาดความยืดหยุ่น ไม่รู้จักใช้ชีวิต เพื่อตนเอง เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองที่ดีต่อผู้บงการชีวิตก็จะเกิดภาวะซึมเศร้า จนถึงขั้นฆ่าตัวตาย ในที่สุด

2.6 การไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมจากบิดามารดา

Heinz Kohut ได้อธิบายไว้ในทฤษฎีจิตวิทยาตนเอง ว่าการพัฒนาของอัตตาเกิดจากการที่เด็กได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมจากบิดามารดา การตอบสนองที่เหมาะสมมี 3 ประการคือ

1. การแสดงการยอมรับ พอใจและชื่นชมจากบิดามารดาต่อการแสดงออกของเด็ก เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เด็กเห็นสิ่งที่ดีของตนเอง เกิดความมั่นคง ภาควุฒิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เกิดความมุ่งมั่นทะเยอทะยาน
2. การก่อให้เกิดความรู้สึกเคารพ ยกย่อง ชื่นชมบิดามารดา ทำให้เกิดการพัฒนาค่านิยม และอุดมคติแห่งตน
3. ความต้องการมีความสามารถเป็นอย่างบิดามารดา ทำให้เกิดการพัฒนาด้านทักษะความสามารถ

นอกจากบิดามารดาแล้วบุคคลยังต้องการมีความสัมพันธ์และตอบสนองต่อบุคคลอื่นเช่นกัน ในกรณีที่บิดามารดาไม่สามารถตอบสนองอย่างเหมาะสม อัตตาของเด็กจะสร้างขึ้นใน ลักษณะที่เปราะบาง ไม่มั่นคง เมื่อมีสิ่งมากระทบกระเทือนทางจิตใจก็จะแตกสลายได้ง่าย

2.7 ความบกพร่องของสายสัมพันธ์และการสูญเสีย

John Bowlby ได้อธิบายในทฤษฎีสายสัมพันธ์ว่า สายสัมพันธ์อันอบอุ่นระหว่าง ทารกและบิดามารดาเป็นรากฐานที่มั่นคงของการพัฒนาเป็นผู้ใหญ่ที่มีบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ ความ บกพร่องของสายสัมพันธ์นั้นเกิดจาก การสูญเสียชีวิตของบิดามารดา การพลัดพราก การถูกปล่อยปละ ละเลย หรือการถูกทอดทิ้ง ทำให้บุคคลไม่มีความมั่นคงในตนเอง หวาดกลัวการถูกทิ้งอยู่ตลอดเวลา เมื่อมาประสบกับ เหตุการณ์ซ้ำในวัยผู้ใหญ่ ก็จะเป็นจุดกระตุ้นให้ความรู้สึกเจ็บปวดภายในที่เคย ประสบมาในวัยเด็ก ย้อนกลับมา บุคคลจะเกิดความรู้สึกไร้ค่า ไม่เป็นที่รัก ไม่มีใครสนใจ ก่อให้เกิด อาการซึมเศร้าตามมา

ปัจจัยทางบุคลิกภาพก่อนป่วย

ภาวะซึมเศร้ามักพบร่วมกับบุคลิกภาพแบบผิดปกติ ดังนี้

- a. บุคลิกภาพผิดปกติแบบย้ำคิดย้ำทำ มักคาดหวังความสำเร็จแบบ ตั้งเป้าหมายสูง ยึดมั่นใน กฎเกณฑ์ข้อบังคับ ศีลธรรมจริยธรรม
- b. บุคลิกภาพผิดปกติแบบต้องการที่พึงพิงอย่างมาก ได้แก่ Histrionic Personality Disorder ,Borderline Personality Disorder

บุคลิกภาพแบบผิดปกติเหล่านี้นอกจากส่งผลต่อการดำเนินของโรคแล้ว ยังส่งผลต่อการรักษาของโรคอีกด้วย กล่าวคือผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบผิดปกติมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าแบบเรื้อรัง เป็นระยะยาว อีกทั้งหลังจากรักษาแล้วมักมีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ และมีความสามารถในการทำหน้าที่ในสังคมแย่กว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบปกติ

อารมณ์ซึมเศร้าที่เป็นส่วนหนึ่งของลักษณะของบุคลิกภาพภายในตัว

มักพบในบุคลิกภาพแบบผิดปกติแบบ Borderline Personality Disorder หรือแบบ Dependent Personality Disorder อารมณ์ซึมเศร้านี้จะแตกต่างจากภาวะซึมเศร้าที่ก่อให้เกิดโรค กล่าวคือ มีอาการไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า จะขาดอาการทางชีวภาพ เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ เชื่องซึม เป็นต้น นอกจากนี้อาจจะแสดงอาการโกรธเคือง เมื่อผู้อื่นไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ บุคคลกลุ่มนี้มักพบว่าขาดความรักความอบอุ่นในวัยเด็กจากบิดามารดา เมื่อโตขึ้นจึงแสวงหาความต้องการจากบุคคลอื่นทดแทน

3. ปัจจัยด้านความคิด

ทฤษฎีทางความคิดของโรคซึมเศร้า กล่าวว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากความบิดเบี้ยวของกระบวนการคิด โดยจะมีมุมมองทางด้านลบ 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. มุมมองด้านลบต่อตนเอง เช่น มีอคติต่อตนเอง ต่ำห็นิตนเอง มองว่าตนเองไม่มีค่า ไม่มีความสามารถ ไม่เป็นที่ต้องการของใคร เป็นต้น
2. มุมมองด้านลบต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว เช่น มองว่าคนในสังคมรอบตัวไม่มีคนไหนจริงใจ มีแต่คนคิดจะเอาเปรียบ เป็นต้น
3. มุมมองด้านลบต่ออนาคต เช่น อนาคตมีแต่สิ่งหน้ากลัว กลัวความล้มเหลว ความลำบาก ไม่มีความหวัง ท้อแท้ เป็นต้น

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมีแนวโน้มที่จะเกิด “ความคิดอัตโนมัติ” ตอบสนองขึ้นทันที เมื่อประสบกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ โดยความคิดนี้ล้วนแล้วแต่เป็นความคิดที่ บิดเบือน ไม่มีพื้นฐานแห่งความเป็นจริง ความคิดเหล่านี้เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็น “ความเชื่อหลักพื้นฐาน” ของบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกสะสมมา ยกตัวอย่างเช่น บุคคลที่ถูกว่า กล่าวตำหนิ ก็จะมีความคิดอัตโนมัติขึ้นมาทันทีว่าตนเองบกพร่อง ไม่มีความสามารถ ซึ่งเป็นความเชื่อพื้นฐานดั้งเดิมของตนอยู่แล้วว่าตนเองไม่มี คุณค่า คำตำหนิเปรียบเสมือน หลักฐานการไม่มีค่าในตนเอง ทำให้เกิดความท้อแท้ หดหวัง ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า

4. ปัจจัยด้านพฤติกรรม

4.1 ความรู้สึกยอมแพ้ หดหนทาง

Martin Seligman กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากการที่บุคคลประสบแต่ความผิดหวัง ล้มเหลวซ้ำแล้วซ้ำเล่า จนหมดความศรัทธาในตนเอง หมดความภาคภูมิใจ รู้สึกไม่มีค่า ไม่มีความสามารถ สิ้นหวัง จนยอมแพ้ ไม่ต่อสู้

4.2 การขาดแรงเสริมทางบวก

Peter Lewinsohn และคณะกล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลไม่ได้รับการส่งเสริมทางบวกหรือไม่ได้รับรางวัลจากพฤติกรรมของตน เช่น ไม่ได้รับการชมเชย ยกย่องเชิดชู การยอมรับจากสังคม ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้บุคคลขาดแรงเสริม คือ การขาดทักษะทางสังคม ทำให้บุคคลรู้สึก ท้อแท้ หดกำลังใจ

5. ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมุ่งเน้นไปที่ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลเป็นปัจจัย ที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ อารมณ์โศกเศร้าจากการสูญเสีย, ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล, การเปลี่ยนผ่านบทบาท, ความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

5.1 อารมณ์โศกเศร้าจากการสูญเสีย

“อารมณ์โศกเศร้า” เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นปกติโดยเฉพาะการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งจะก่อให้เกิด ความรู้สึกต้องรับผิดชอบต่อการจากไปของบุคคลนั้นและความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียด รวมถึงการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยอาการเหล่านี้จะคงอยู่และลดน้อยลงเมื่อเวลาผ่านไป 2 - 4 เดือน ไม่เกินระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งไม่ถือเป็นความผิดปกติ แต่ภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติ นั้น มีลักษณะอาการที่แตกต่างออกไป กล่าวคือ มีการตำหนิตนเองอย่างรุนแรง มีความคิดหรือพยายาม ทำร้าย

ตนเองและฆ่าตัวตาย มีการเคลื่อนไหวที่ เชื่องช้าหรือไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่าย หรือมีอาการ โรคจิต อย่างชัดเจน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด อารมณ์โศกเศร้าที่ผิดปกติได้แก่ การเสียชีวิตอย่างกะทันหัน หันของ บุคคลที่รัก การเสียชีวิตแบบผิดธรรมชาติ และการเสียชีวิตจากภัยพิบัติ

5.2 ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

การขัดแย้งหรือความไม่ลงรอยกันของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนสนิท เจ้านาย เพื่อนร่วมงาน คนรัก ซึ่งเป็นความ ขัดแย้งที่เรื้อรังและไม่สามารถหาทางออกได้ ส่งผลต่อภาวะอารมณ์และจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกอึด อัด เครียด ไม่สบายใจ และภาวะซึมเศร้าตามมา

5.3 การเปลี่ยนผ่านบทบาท

การเปลี่ยนผ่านบทบาท หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต และการเปลี่ยนแปลง ตาม เหตุการณ์ เช่น การเปลี่ยนแปลงตามขั้นพัฒนาการ การเปลี่ยนวัย การแต่งงาน การย้ายโรงเรียน การ เปลี่ยนงาน เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้บุคคลต้องเกิดการปรับตัว หากไม่สามารถ ปรับตัว ยอมรับต่อสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดภาวะอึดอัด ลำบากใจ และเป็นทุกข์ โดยบุคคลมักจะ มองถึงข้อดีของบทบาทเก่า และเห็นแต่ข้อเสียของบทบาทใหม่ ทำให้รู้สึกปรับตัวไม่ได้ ก่อให้เกิด ปัญหาทางอารมณ์และจิตใจตามมา

ความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ความบกพร่องทางสัมพันธภาพเป็นปัญหาที่เรื้อรัง และถือว่าเป็นบุคลิกภาพของบุคคลนั้น โดยบุคคลกลุ่มนี้จะมีลักษณะมีเพื่อนฝูงน้อย ไม่ค่อยติดต่อกับครอบครัว ชอบทำกิจกรรมเพียงลำพัง ไม่มีความสัมพันธ์แบบใกล้ชิด และขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม เมื่อประสบกับปัญหา 3 ประการ ข้างต้นบุคคลเหล่านี้จะขาดแหล่งที่พึ่งพิง ขาดกำลังใจ ไม่สามารถหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมใหม่ เพื่อทดแทนได้

จากการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา และ ปัจจัยด้านจิตสังคม ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น อีกทั้งสามารถวางแผน ทางใน การป้องกัน รักษา และลดการเกิดซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้

อาการและการแสดงของภาวะซึมเศร้า

อาการและการแสดงของภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ด้าน คือ กลุ่มอาการทางด้านอารมณ์ กลุ่มอาการทางชีวภาพ กลุ่มอาการเกี่ยวกับจิตใจการเคลื่อนไหว กลุ่มอาการทางความคิด กลุ่มอาการทางสัมพันธภาพ

กลุ่มอาการทางด้านอารมณ์

อารมณ์ที่แสดงออกอย่างเด่นชัด ได้แก่ อารมณ์เศร้า และการขาดแรงจูงใจหรือความสนใจในทำกิจกรรม อารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นเป็นผลจาก Stress ที่ผู้ป่วยได้รับทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดสนุกและไม่สนใจอยากจะทำกิจกรรมที่ให้ความเพลิดเพลิน นอกจากนี้ยังมีอารมณ์อื่นที่มักเกิดร่วมด้วย ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด อารมณ์โกรธ และความวิตกกังวล

กลุ่มอาการทางชีวภาพ

กลุ่มอาการทางร่างกาย ได้แก่ อาการเหนื่อยเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง นอนหลับไม่สนิท เบื่ออาหาร น้ำหนักลด แต่บางรายโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นอาจพบการรับประทานอาหารมากกว่า ปกติซึ่งเป็นลักษณะแบบ Atypical feature กิจกรรมทางเพศลดลง วงจรรอบเดือนผิดปกติ ในบางรายพบอาการทางกายร่วมด้วย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง เมื่อยตามเนื้อตัว อาเจียน เป็นต้น

กลุ่มอาการเกี่ยวกับจิตใจการเคลื่อนไหว

ภาวะซึมเศร้าทำให้การเคลื่อนไหวเฉื่อยชา เคลื่อนที่ช้า พูดช้า บางรายที่มีอาการหนักอาจจะนิ่งเฉยไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ไม่พูด แต่ในทางกลับกันบางรายอาจมีลักษณะลุกลี้ลุกลอน อยู่ไม่สุข กระสับกระส่าย กระวนกระวาย

กลุ่มอาการทางความคิด

ความคิดของผู้ที่มีความซึมเศร้า เป็นความคิดในแง่ลบ การตำหนิโทษตนเอง วิภาควิจารณ์ตนเอง คิดว่าตนเองไร้ค่า หมดหวังสิ้นหวัง อยากทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย รวมทั้งการไม่มีสมาธิ เหม่อลอย ไม่สามารถคิดวิเคราะห์หรือตัดสินใจอะไรได้

กลุ่มอาการทางสัมพันธภาพ

การมีปัญหาวางสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม แยกตัว ไม่สนใจใจที่จะมีความสัมพันธ์แบบลึกซึ้ง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสังคม

จากอาการและการแสดงของภาวะซึมเศร้า สามารถสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย พฤติกรรม บุคลิกภาพ จิตใจ ความนึกคิดและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นซึ่งส่งผลกระทบต่อและรบกวนการดำเนินชีวิต

ระดับของภาวะซึมเศร้า และเกณฑ์การวัด

ระดับของภาวะซึมเศร้า

Beck และคณะ⁽⁵⁰⁾ ได้ตั้งเกณฑ์ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยแบ่งได้จากภาวะความแปรปรวนที่เกิดขึ้น 4 ด้าน ได้แก่ ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม ความแปรปรวนด้านความคิด ความแปรปรวนทางอารมณ์ และความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ โดยแบ่งความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับคือ ซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ซึมเศร้าระดับปานกลางและซึมเศร้าระดับรุนแรง

ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม

มีภาวะนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือบางรายอาจรับประทานมากขึ้น กระสับกระส่ายหมดความสนใจในการร่วมกิจกรรม หมดความสนใจด้านเพศ ซึ่งแตกต่างกันไป ตามระดับความรุนแรง แบ่งได้ดังต่อไปนี้

- a. ระดับเล็กน้อย นอนไม่ค่อยหลับ หรือนอนมากกว่าปกติ ทานอาหารน้อยลง หรือไม่อยากอาหาร อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย บางรายอาจมีกระสับกระส่าย ปวดท้อง คลื่นไส้ ปวดตามเนื้อตัว ใจสั่น แน่นหน้าอก
- b. ระดับปานกลาง นอนหลับได้ไม่สนิท ตื่นขึ้นมากกลางดึก เวลาเริ่มนอนใช้เวลานาน ไม่สนใจร่วมกิจกรรม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ชอบอยู่เฉยๆ เฉื่อยชา บางรายมีอาการกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง ลุกรี่ลุกกรน ทานอาหารมากกว่าปกติ
- c. ระดับรุนแรง อยู่หนึ่งเป็นเวลานาน ไม่พูดหนึ่งเสียง ไม่ทานอาหาร บางรายนอนอยู่ตลอดเวลา ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม หรือเคลื่อนที่อยู่ตลอดเวลา ไม่หลับไม่นอน

ความแปรปรวนด้านความคิด

มีความคิดที่บิดเบี้ยว มีทัศนคติต่อตนเองในด้านลบ มองว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความสามารถ ไม่มีสมาธิ ไม่สามารถคิดวิเคราะห์ หรือตัดสินใจได้ ซึ่งแตกต่างกันไป ตามระดับความรุนแรง แบ่งได้ดังต่อไปนี้

- a. ระดับเล็กน้อย มองโลกรอบตัวในเชิงลบ คิดว่าตนเองไม่มีความรู้ ความสามารถ ชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น มองไม่เห็นแง่ดีของตนเอง ไม่ค่อยมีสมาธิ
- b. ระดับปานกลาง มองปัญหาหนักหนาไม่อยู่ในเหตุและผลแห่งความเป็นจริง โทษตัวเอง ในทุกสถานการณ์ มองไม่เห็นคุณค่าของตนเอง ไม่มีสมาธิ ไม่สามารถตัดสินใจ ได้แม้เรื่องพื้นฐาน
- c. ระดับรุนแรง มองตนเองว่าเป็นภาระให้กับสังคม ไม่มีประโยชน์ ไม่มีคนยอมรับ ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต คิดอยากทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย

ความแปรปรวนทางอารมณ์

ย่ำคิดแต่อารมณ์ด้านลบ รู้สึกเศร้า ขาดความต้องการทำกิจกรรม สิ้นหวัง ท้อแท้ หมดอาลัยตายอยากในชีวิต ไม่อยากสูงส่งกับใคร ต้องการอยู่ลำพัง ซึ่งแตกต่างกันไปตามระดับความรุนแรง แบ่งได้ ดังต่อไปนี้

- a. ระดับเล็กน้อย มีอารมณ์ซึมเศร้าสลับกันกับอารมณ์ปกติ เปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆ บางครั้งก็มีสถานการณ์ที่ทำให้เศร้า บางครั้งก็ไม่มี เบื่อหน่าย บางรายมีอาการวิตกกังวล หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย โกรธง่ายร่วมด้วย
- b. ระดับปานกลาง เศร้าซึมอยู่เป็นระยะเวลาานาน ท้อแท้ หมดหวัง รังเกียจตัวตนของตน โกรธตัวเอง รู้สึกไร้ค่า มีอคติมองสิ่งแวดล้อมรอบตัวในด้านลบ
- c. ระดับรุนแรง มีความซึมเศร้าอยู่ตลอดเวลา ย่ำคิดแต่ข้อด้อยของตนเองและไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่อยากอยู่ร่วมกับผู้อื่น ไม่สนใจสภาพแวดล้อม

ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ

ไม่มีความกระตือรือร้น ขาดแรงจูงใจ ไม่มีจุดหมายในชีวิต ซึ่งแตกต่างกันไปตามระดับความรุนแรง แบ่งได้ดังต่อไปนี้

- a. ระดับเล็กน้อย ไม่อยากเข้าร่วมการทำกิจกรรมต่างๆ ละเลยกิจวัตรประจำวัน ปล่อยปะละเลยตนเอง ไม่ใส่ใจตนเอง แต่ยังสามารถบังคับหรือฝืนใจตนเองได้ หากถูกกระตุ้น ไม่มีเป้าหมายในการดำรงชีวิตในแต่ละวัน
- b. ระดับปานกลาง ไม่สนใจสภาพแวดล้อมรอบตัว ไม่สนใจตนเอง หลบเลี่ยงในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เพลิดเพลิน ขาดแรงขับเคลื่อนภายใน มีแรงจูงใจที่จะทำร้ายตนเอง
- c. ระดับรุนแรง ขาดเป้าหมายในชีวิต ไม่รู้ว่ามีชีวิตอยู่เพื่อใคร และอยู่เพื่ออะไร แยกตัวออกมาตามลำพัง ต้องการที่จะตาย

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน⁽⁵¹⁾ได้แบ่งระดับความซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ

1. ระดับอ่อนอาการก่อให้เกิดความบกพร่องเพียงเล็กน้อยในด้านการงานหรือกิจกรรมสังคม ตามปกติ หรือในการมีสัมพันธ์กับผู้อื่น
2. ระดับปานกลาง มีอาการหรือการบกพร่องในด้านต่างๆระดับอ่อน กับระดับรุนแรง
3. ระดับรุนแรงแต่ไม่มีอาการทางจิต อาการก่อให้เกิดความบกพร่องอย่างมาก ในด้านการงาน หรือกิจกรรมสังคมตามปกติ หรือในการมีสัมพันธ์กับผู้อื่น
4. ระดับรุนแรงที่มีอาการทางจิต มีอาการหลงผิดประสาทหลอน หากเป็นไปได้ให้ระบุอาการโรคจิตเป็นชนิดที่มีความสอดคล้องทางอารมณ์ หรือมีความขัดแย้งทางอารมณ์

ลักษณะทางจิตที่มีความสอดคล้องทางอารมณ์ มีอาการหลงผิด หรืออาการประสาทหลอน ซึ่งอาการที่สอดคล้องที่พบในอารมณ์เศร้า ได้แก่ ความรู้สึกว่าตนไม่ดีพอ ความรู้สึกผิด ความเจ็บป่วย ความตาย การสูญเสีย หรือการควรแก่การถูกลงโทษ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของประเทศไทย พบว่าอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนพบเฉลี่ยร้อยละ 10 และผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราเฉลี่ยพบร้อยละ 50⁽⁵²⁾ถึงแม้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นพบได้บ่อย แต่แสดงอาการน้อย และไม่ชัดเจน อีกทั้งอาการบางอย่างมีความคล้ายคลึงกับอาการเสื่อม สัมพันธภาพของร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจที่เกิดขึ้นเป็นปกติ จนมักถูกมองข้ามไป⁽⁵³⁾

ปัญหาที่มักพบในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า⁽⁵⁴⁾ได้แก่

1. ด้านร่างกาย อาการทางกายถือเป็นอาการที่เด่นชัดที่สุดที่บ่งบอกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะปัญหาเรื่อง “วงจรการนอนหลับ” ผู้สูงอายุมักใช้เวลาในการเริ่มนอนนานกว่าเดิม ตื่นขึ้น กลางดึก และนอนต่อลำบาก ตื่นเช้ากว่าปกติ นอนหลับได้ไม่เต็มที่เนื่องจากตื่นมา กลางดึกบ่อยๆ ทำให้ผู้สูงอายุเพลีย ง่วงในตอนกลางวัน งีบหลับในตอนกลางวัน ซึ่งยังเป็น การทำให้ผู้สูงอายุนอน หลับยากขึ้นกว่าเดิม อาการอื่นๆที่มักพบร่วมด้วยคือ ปวดท้อง ปวด ศีรษะ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ใจสั่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้สูงอายุมักไปรับการรักษา ทั่วไป ไม่ใช่การรักษาทางจิตเวช

2. ด้านจิตใจ ปัญหาทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุคือ ความท้อแท้หมดหวัง ความรู้สึกด้อยคุณค่า ไม่มีเป้าหมายในชีวิต เนื่องจากวัยนี้เป็นวัยที่เกษียณอายุ ขาดแคลนรายได้ ไม่สามารถพึ่งพาตนเอง ต้องอาศัยพึ่งพาลูกหลาน อีกทั้งการต้องเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นผู้นำ ครอบครัวเป็นสมาชิกในครอบครัว ทำให้รู้สึกว่าตนเป็นภาระ ทำให้ลูกหลานลำบาก บางรายอาจ มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย
3. ด้านอารมณ์ มีอารมณ์ในด้านลบอยู่ตลอดเวลาแต่ไม่แสดงออก มักปฏิเสธว่าตนมีอารมณ์ ซึมเศร้า ทำให้ยากต่อการรับรู้ ส่วนมากมักแสดงออกทางสีหน้าที่เรียบเฉย ปราศจากอารมณ์ อารมณ์ที่มักเกิดร่วมกับอารมณ์เศร้าคืออารมณ์วิตกกังวล หวาดระแวง บางรายอาจมีอาการ โกรธ ฉุนเฉียว หงุดหงิด
4. ด้านพฤติกรรม พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงมักสังเกตได้เป็นอันดับแรกสุดเมื่อผู้สูงอายุ มีภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุจะขาดความสนใจในสิ่งที่เคยชอบ กิจกรรมที่สนใจ เมื่อมีภาวะซึมเศร้า สูงบางรายมีอาการนิ่งไม่เคลื่อนไหว ไม่พูด ปล่อยปะละเลยตนเอง แต่บางรายกลับกระสับกระส่าย ลุกลี้ลุกลอน เดินไปเดินมาตลอดเวลา

ผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Katz ⁽⁵⁵⁾แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ กล่าวคือ ผลกระทบโดยตรง และผลกระทบโดยอ้อม ดังต่อไปนี้

ผลกระทบโดยตรง

ภาวะหลงลืม

ผู้สูงอายุที่ประสบกับภาวะซึมเศร้ามักเกิดภาวะสมองเสื่อมเร็วกว่าผู้สูงอายุที่มี ภาวะปกติ โดยมีการแสดงอาการ “สูญเสียความจำ” เป็นลักษณะเด่น

ความถดถอยของภาวะภูมิคุ้มกันในร่างกาย

ในวัยสูงอายุเป็นวัยที่การทำงานของภูมิคุ้มกัน เสื่อมศักยภาพลง ประกอบกับ Stress ที่ผู้สูงอายุได้รับจากภาวะซึมเศร้า ทำให้เกิดความแปรปรวน ของสารชีวเคมีในร่างกาย ส่งผลไปกด การทำงานของภูมิคุ้มกันมากขึ้น ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง เสียต่อโรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี

ประสิทธิภาพในการวิเคราะห์

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามักขาดตระหนักรู้ในการใช้เหตุผล คิดวิเคราะห์และตัดสินใจ แก้ปัญหามักพบว่าผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องเรียนรู้ใหม่ หรือไม่ เคยทำมาก่อน ผู้สูงอายุมัก หาทางออกของปัญหาด้วยวิธีที่ผิด เช่น ต้มสุรา ใช้สารเสพติด การพนัน เป็นต้น

ผลกระทบทางอ้อม

อุบัติเหตุ

เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้สูงอายุจะลด ความสะดวกระวังตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว

ทุพโภชนาการ

ผู้สูงอายุจะเบื่อ ไม่มีความอยากอาหาร ทำให้ผู้สูงอายุน้ำหนักลดจนเกิน เกณฑ์ปกติ หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องอาจต้องให้อาหารผ่านทางสายยาง

ความเสื่อมของร่างกาย

อาการนอนไม่หลับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมผู้สูงอายุมักมีความผิดปกติ ของวงจรการนอน ทำให้ร่างกายที่ยิ่งเพิ่มระดับความทรุดโทรมมากขึ้น

ปัญหาด้านความสัมพันธ์

จากภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม หวาดกลัว สังคมรอบด้าน ไม่ไว้วางใจใคร อาจมีการแสดงอารมณ์ฉุนเฉียวแก่คนรอบข้าง ถอยห่างออกจากคนใกล้ชิด ทำให้ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม

ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง

เนื่องจากการขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรม ทำให้ไม่มี ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่มีเป้าหมายที่ต้องการทำให้สำเร็จ ทำให้รู้สึกไร้ค่า ไม่มีความหมาย ไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง

อาการกำเริบของโรคประจำตัวและความเรื้อรังของโรค

ภาวะซึมเศร้าทำให้ขาดความสนใจ ในการรักษา ไม่รับประทานยา หรือปฏิบัติตามแพทย์สั่ง เนื่องจากขาดแรงจูงใจในการใช้ชีวิต ทำให้ ความเจ็บป่วยที่เป็นกำเริบหรือเป็นเรื้อรังขึ้นรวมทั้ง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่นๆ

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้า

“ภาวะซึมเศร้า” แม้ว่าดูเหมือนเป็นภาวะที่เป็นเรื้อรังและรักษาให้หายขาดได้ยาก แต่การเตรียมการรับมือ แนวทางการแก้ไข ย่อมช่วยประคับประคองให้ผู้สูงอายุสามารถมีชีวิตอย่างเป็นสุขได้ตามสมควร แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้า มีดังต่อไปนี้ ^(56, 57)

สถานะแวดล้อม

1. จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย คุโล่ง สบายตา มีบรรยากาศเงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน
2. เตรียมสภาพจิตใจของผู้ดูแล ผู้ดูแลควรมีความรู้ความเข้าใจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ดูแลเป็นคนใกล้ชิด และเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีที่สุด
3. ระมัดระวังเรื่องอุบัติเหตุ วัตถุมีคม หรือสิ่งของที่ผู้สูงอายุจะนำมาใช้ทำร้ายตนเอง
4. เครื่องคิดเรื่องการทานยารักษาภาวะซึมเศร้าสม่ำเสมอ หมั่นตรวจผลข้างเคียงของยา
5. คอยอยู่เป็นเพื่อนกับผู้สูงอายุเสมอ โดยเฉพาะในรายที่มีแนวโน้มทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ผู้สูงอายุมักจะเหงาและต้องการคนดูแล
6. ลดปัจจัยที่จะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า เช่น อาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาความสัมพันธ์
7. ให้ผู้สูงอายุสัญญาว่าจะไม่พยายามทำอันตรายตนเองหรือฆ่าตัวตาย หากมีความคิดเกิดขึ้น ต้องบอกให้ผู้ดูแลทราบโดยทันที

การเสริมแรงบวก

1. สังเกต และชื่นชมผู้สูงอายุ หรือพูดคุยเกี่ยวกับความสามารถของผู้สูงอายุ ความรักเคารพจากครอบครัวของผู้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณมีความน่าภาคภูมิใจ และมีคนที่ยังคงคอยรัก และห่วงใย
2. ทำหน้าที่ผู้ดูแลแสดงออก ต้องบ่งบอกถึงความนับถือ และความเคารพ
3. ปลอ่ยให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองตามความสามารถ เท่าที่สามารถทำได้ เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าและไม่พึ่งพาผู้อื่นจนเกินไป
4. พูดคุย ซักถามความรู้สึกของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ หรือให้ผู้สูงอายุเขียนบันทึกประจำวันเกี่ยวกับความรู้สึกของตน
5. คอยเป็นผู้รับฟังและยอมรับอารมณ์ด้านลบของผู้สูงอายุ ด้วยความเข้าใจ และเปิดกว้าง เนื่องจากบางครั้งผู้สูงอายุอาจจะพูดจาเกี่ยวกับกราด ฉุนเฉียว

- จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ เช่นกิจกรรมกลุ่ม การออกไปเที่ยวนอกบ้าน การรับประทานอาหารร่วมกับคนในครอบครัว เป็นต้น

ทบทวนอารมณ์ความรู้สึก

- ตั้งให้ผู้สูงอายุกลับมาอยู่ในพื้นฐานความเป็นจริง โดยให้ย้อนมาดูอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดว่ามีสัมพันธ์กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด หรือสมควรตำหนิโทษตนเองหรือไม่
- พูดหรือสอบถามถึงอดีตด้านบวกของผู้สูงอายุ เช่น ความสำเร็จในหน้าที่การงาน ครอบครัว เพื่อกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจใน และมองเห็นด้านดีของตน
- ให้กำลังใจ ปลอบใจผู้สูงอายุเมื่อประสบกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา

แนะนำข้อมูลที่เป็นประโยชน์

- ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การดำเนินของโรค อาการ การดูแลรักษา แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นแนวทางในการดูแลตนเอง
- เสริมความคิด มุมมองในแง่บวก เช่น วิธีการแก้เครียด หรือการใช้ศาสนาเป็นส่วนช่วย

ดูแลปัจจัยพื้นฐาน

- ดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร ปริมาณอาหาร และสารอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทาน
- ดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน การแต่งกาย รูปลักษณ์ภายนอก
- จัดตารางการออกกำลังกายหรือตารางกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น วันนัดแพทย์ เป็นต้น
- ช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสบายทั้งกายและจิตใจ เช่น จัดบ้านให้เรียบร้อย สะอาด ปลอดภัย ตกแต่งห้องพักของผู้สูงอายุให้สวยงาม
- ลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น เสียงดัง แสงที่มากเกินไป

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหากได้รับการดูแลเอาใจใส่ ด้วยความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่ แม้ต้องทุกข์ทรมานกับผลกระทบของภาวะซึมเศร้า แต่ก็สามารถประคับประคอง จิตใจของตน และอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้อย่างเป็นสุข

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความว่าเหว

คำจำกัดความของ “ความว่าเหว”

โรเบิร์ต⁽⁵⁸⁾ได้ให้ความหมายของ “ความว่าเหว” ว่าเป็นความรู้สึกเจ็บปวด อันเนื่องจาก สิ่งอันเป็นที่รักได้ถูกพรากจากไป ทำให้บุคคลรู้สึกโดดเดี่ยว เดียวดาย และยังได้ให้คำจำกัดความของ คำที่มีความหมายคล้ายกัน ได้แก่ ความเดียวดาย และความโดดเดี่ยว

ความเดียวดาย หมายถึง การถูกพลัดพรากจากสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และยังคงมีความต้องการปรารถนาสิ่งนั้นอย่างท่วมท้น

ความโดดเดี่ยว หมายถึง บุคคลที่รักสันโดษ ต้องการอยู่เพียงลำพัง ไม่ต้องการเกี่ยวข้องกับใคร ความโดดเดี่ยวยมีทั้งข้อดี และข้อเสีย

สุธีรา ตั้งตระกูล⁽⁵⁹⁾ ได้นิยามความว่าเหวว่า เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ ที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา แม้บุคคลคนนั้นจะรายล้อมไปด้วยผู้คน เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่มีเหตุมาจากการที่บุคคลไม่พอใจกับปฏิสัมพันธ์ที่มีกับบุคคลสำคัญ หรือปฏิสัมพันธ์นั้นไม่ได้เป็นไปตามที่ได้คาดหวังเอาไว้ อารมณ์ว่าเหวนั้นเป็นสิ่งที่บุคคลไม่ได้ตระหนัก หรือพยายามหลบเลี่ยงจากอารมณ์นี้ ภาวะว่าเหวเป็นภาวะที่บ่งให้ทราบถึงความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคลรูปแบบหนึ่ง

ซูลท์ซ⁽⁶⁰⁾ ได้นิยามความว่าเหวโดยใช้ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ว่าบุคคลที่มีความว่าเหวเปรียบเสมือนเด็กทารกที่มีความรู้สึกลักษณะ Self-Oriented คือตั้งตนเองไว้เป็นศูนย์กลาง เกิดจากการไม่สามารถก้าวผ่านขั้นพัฒนาการวัยเด็กไปได้อย่างสมบูรณ์

เพ็ญพโยม เชนสมบัติ⁽⁶¹⁾ได้นิยามภาวะว่าเหว ว่าเป็นภาวะที่ประกอบด้วยอารมณ์ทุกขใจ เนื่องมาจากการไม่ได้รับสัมพันธภาพตามที่ได้คาดหวังไว้ ทำให้รู้เกิดความรู้สึกด้อยค่า โดดเดี่ยว และความต้องการแยกตัวออกไปเพียงลำพัง

สุพรรณิ นันทชัย⁽⁶²⁾ได้นิยามความหมายว่า ความว่าเหวคือความทุกข์ทรมานทางจิตใจ อันเนื่องมาจากการสูญเสียสัมพันธภาพที่มีความสำคัญ ก่อให้เกิดภาวะโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่งพา ทางจิตใจ เป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่า ไม่เป็นที่ต้องการของสังคม

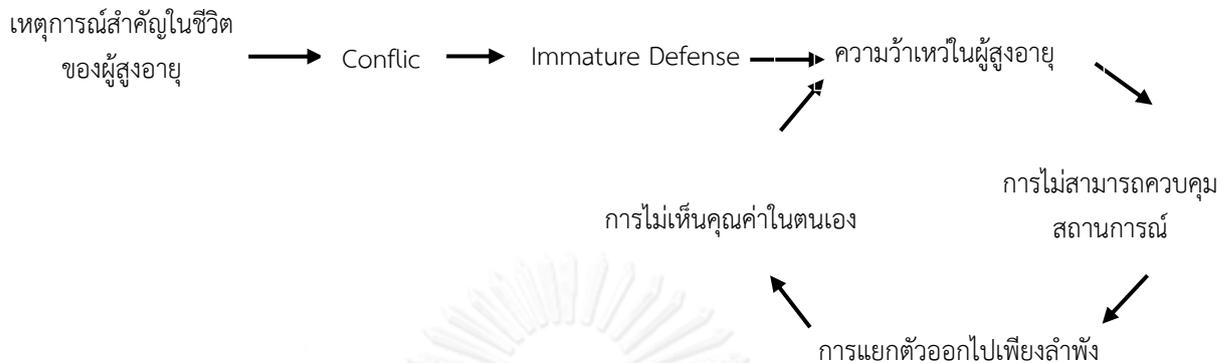
โรเจอร์⁽⁶³⁾ได้ให้ความหมายของความว่าเหว่ ว่าอารมณ์ที่ก่อให้เกิดทุกข์ เป็นปฏิกิริยาโต้ตอบที่ไม่ชัดเจน คลุมเครือ ก่อให้เกิดภาวะอารมณ์ท้อแท้ไร้เหตุที่แน่ชัด มีการแยกตัวออกไป เพียงลำพัง มีความรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีคุณค่าต่อตนเองและผู้อื่น

จากการนิยามความหมายของ “ความว่าเหว่” จึงสรุปดังนี้ ความว่าเหว่เป็นภาวะที่ทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ ทรมาน โดยมีสาเหตุมาจากการที่บุคคลตั้งเป้าหมายของสัมพันธภาพเอาไว้แต่ไม่สามารถได้ตามหวังและไม่สามารถแสดงออกไปได้ ก่อให้เกิดความท้อแท้ ไร้ค่า โดดเดี่ยว อ้างว้าง

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว่

ความว่าเหว่ที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของผู้สูงอายุ เป็นผลกระทบจากการเผชิญ เหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่เป็นทุกข์ และความสูญเสีย ผู้สูงอายุต้องต่อสู้กับความขัดแย้งภายในจิตใจของตนเอง และรู้ว่าสัมพันธภาพที่ตนได้ตั้งเป้าหมายเอาไว้ นั้นไม่สามารถประสบผลสำเร็จได้ เป็นเหตุให้เกิดความว่าเหว่ ต้อยค่าภายในจิตใจ อีกทั้งวัยแห่งการสูงอายุยังเป็นช่วงแห่งการเปลี่ยนแปลงมากมาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสภาพสังคม ซึ่งทุกด้านล้วนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตช่วงสูงวัยทั้งสิ้น โดย ครูช⁽⁶⁴⁾แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นคือ ประเด็นจากภายนอก และประเด็นภายใน

ประเด็นภายนอก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสภาพทางสังคม เศรษฐกิจ การพัฒนาของเทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงของประเพณี ขนบธรรมเนียม การเปลี่ยนแปลงลักษณะครอบครัว และการสูญเสียบุคคลสำคัญ ประเด็นภายใน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น การเสื่อมของร่างกาย การแทรกแซงของ โรคประจำตัว และการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์จิตใจ ครูชได้อธิบายสาเหตุของความว่าเหว่ในผู้สูงอายุว่ามีรูปแบบเป็นวงจร ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 ⁽⁶⁴⁾

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

การเสื่อมลงของศักยภาพด้านร่างกายซึ่งส่งผลให้เกิดความว่าเหวในผู้สูงอายุ นั้น ตามแนวความคิดของ ลันท์ ⁽⁶⁵⁾ กล่าวว่า การหมดคุณค่าแห่งความงาม และการเปลี่ยนแปลงของบุคลิก อันไม่น่าพึงใจ เป็นเหตุหนึ่งของภาวะความว่าเหว ในช่วงสูงวัยผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงรูปลักษณ์ของร่างกายในเชิงลบ เช่น การเหี่ยวยุบของผิวหนัง การหลุดร่วงของผม ร่างกายที่อ้อมูม ฟันที่แตกหัก อีกทั้งบุคลิกภาพ ก็มีความเปลี่ยนแปลงไป เช่น เป็นคนเชื่องช้า ตาฝ้าฟาง หูตึง เดินเอนไปเอียงมา ควบคุมปัสสาวะ อูจจาระไม่ได้ เกิดโรคแทรกซ้อนมากมาย ทำให้เกิดความรู้สึก ไม่พึงพอใจ ไม่สามารถยอมรับสภาพ การเปลี่ยนแปลงได้ เกิดปม ปัญหาในจิตใจ นำไปสู่การรู้สึกเสื่อมคุณค่า และว่าเหว

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อความว่าเหว มีดังต่อไปนี้

1.1 กล้ามเนื้อและกระดูก

การฝ่อตัวของเซลล์กล้ามเนื้อ การลดลงของชั้นไขมันในกล้ามเนื้อส่งผลให้กล้ามเนื้อลีบเล็กลง อีกทั้งการลดลงของสารน้ำในร่างกาย ทำให้ผิวหนังเหี่ยวยุบ ตกกระ แห้งแตกเป็นขุย

ความบางลงของหมอนรองกระดูก ทำให้ผู้สูงอายุเตี้ยลง หลังโค้งค่อม ร่างกายขาดสมดุลเดินไม่มั่นคง ต้องใช้ไม้เท้าในการช่วยประคอง ในเพศหญิงมีการบางลงของมวลกระดูก ทำให้เคลื่อนไหวได้ลำบาก ต้องก้าวเดินช้าๆ หรือต้องนั่งรถเข็น

1.2 การควบคุมการขับถ่าย

การลดขนาดลงของกระเพาะปัสสาวะทำให้ผู้สูงอายุมักต้องปัสสาวะถี่มากขึ้น มักพบ ปัญหาปัสสาวะเล็ดหรือปัสสาวะราดเนื่องจากการเสื่อมของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและกล้ามเนื้อหูรูดในเพศหญิง และภาวะต่อมลูกหมากโตในเพศชาย การเคลื่อนที่น้อยลงของระบบขับถ่าย ทำให้ผู้สูงอายุมักท้องผูกบ่อยครั้ง อาจทำให้เกิดโรค ริดสีดวงทวาร หรือต้องสวนอุจจาระ ในกรณีที่ไม่สามารถถ่ายออกเองได้ ผู้สูงอายุบางรายอาจถ่าย อุจจาระราด เนื่องจากการเสื่อมของกล้ามเนื้อหูรูดบริเวณทวารหนัก

1.3 การทำงานของหัวใจและหลอดเลือด

ความแข็งแรงและเปราะบางของหลอดเลือดทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะความดันสูงขึ้น การทำงานเสื่อมลงของหัวใจส่งผลให้ผู้สูงอายุเหนื่อยเพลีย ไม่สามารถทำกิจกรรมต่อเนื่องได้นาน อีกทั้งการเกิด ภาวะโลหิตจางทำให้วิงเวียน หน้ามืดบ่อยครั้ง

1.4 การทำงานของต่อมไร้ท่อ

การผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลงในเพศหญิง ที่หมดประจำเดือนส่งผลต่อสภาพร่างกาย และจิตใจอย่างมาก กล่าวคือส่งผลให้มวลกระดูกลดลงอย่างรวดเร็ว ผิวหนังไม่เปล่งปลั่ง เกิดการสะสมของไขมันบริเวณสะโพก ต้นแขน ต้นขา อีกทั้งทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวน นอนไม่หลับ ร้อนตามเนื้อตัวหมดอารมณ์ทางเพศ ซึ่งไม่พบในเพศชาย

1.5 การทำงานของประสาทส่วนกลาง

การลดลงของขนาดสมอง และปฏิกิริยาระหว่างเซลล์ประสาทที่ช้าลงทำให้ผู้สูงอายุตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้ช้าลง รับรู้ความสัมพันธ์ได้ลดลง หลงลืมเรื่องราวในปัจจุบันอย่างรวดเร็ว สามารถเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ได้ไม่มากนัก ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ช้า และไม่ค่อยยอมรับต่อความคิด หรือมุมมองใหม่

2. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจ

เหตุและผลของการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจในผู้สูงอายุนั้นล้วนแล้วแต่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคมของผู้สูงอายุอย่างแยกจากกันไม่ได้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจในผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่ มีสาเหตุดังต่อไปนี้

2.1 การเสื่อมศักยภาพของร่างกาย

การถดถอยของร่างกาย ส่งผลต่อรูปลักษณ์และบุคลิกภายนอกของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีอาการทางกายที่ก่อให้เกิดความอับอายแก่ผู้สูงอายุ เช่น อาการปัสสาวะเล็ด ภาวะศีรษะล้าน โรคทางช่องปาก เป็นต้น รวมทั้งอาการเจ็บป่วยจากโรคประจำตัวและโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในตนเอง หลีกเลี่ยงการพบปะผู้คน แยกตัวออกไปอย่างโดดเดี่ยว

2.2 การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ส่งผลต่อความภาคภูมิใจในตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศชายที่ยังคงมีความต้องการทางเพศอยู่ แต่ความจำกัดของร่างกายทำให้ไม่สามารถตอบสนอง ต่อความต้องการได้อย่างสมบูรณ์ อีกทั้งการหมดความต้องการในเพศหญิงที่เป็นภรรยา ส่งผลทำให้เกิดความอึดอัดในใจ และขัดแย้งในจิตใจ

2.3 การเสี่ยสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ

การเกษียณออกจากงานทำให้ขาดรายได้หลัก และการลดบทบาทจากการเป็นผู้นำครอบครัว เป็นสมาชิกในครอบครัว การลดลงของเครือข่ายญาติสนิทมิตรสหาย ทำให้สังคมของผู้สูงอายุ แคบขึ้น แรงสนับสนุนทางสังคมลดลง ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้นก่อให้เกิดความรู้สึกด้อยค่า

2.4 การพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก

การสูญเสียหรือพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก อันได้แก่ สามีภรรยา ลูกหลาน เครือญาติ เพื่อนฝูง ก่อให้เกิดความว่าเหว่แก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูญเสียคู่สมรส

2.5 การเสี่ยสิ่งของที่มีคุณค่าทางจิตใจ

การสูญเสียสิ่งของที่รัก ทรัพย์สินสมบัติที่มีคุณค่าในช่วงปลายของชีวิตทำให้ผู้สูงอายุกระทบกระเทือนจิตใจอย่างมาก การสูญเสียอาจจะเป็นการสูญเสียตามกาลเวลา การสูญเสียโดยอุบัติเหตุ หรือภัยพิบัติร้ายแรง เนื่องจากสิ่งที่สูญเสียไปเป็นสิ่งที่เตือนผู้สูงอายุถึงเรื่องราวในอดีต หรือเป็นตัวแทนของคนสำคัญที่จากไป ซึ่งไม่สามารถทดแทนได้

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและวัฒนธรรม

ความเจริญก้าวหน้าของสภาวะสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยีก่อให้เกิดผลกระทบใน ด้านต่างๆแก่ผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม

การลดบทบาททางสังคมโดยการเกษียณอายุของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุหมดภาระหน้าที่ ด้านการงานจนหมดสิ้น รวมทั้งความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดลงไปด้วย อีกทั้งความสามารถในการ จัดการการบริหารงาน ทักษะการเข้าสังคม สัมพันธภาพกับผู้อื่น ก็ด้อยลงกว่าเดิม ทำให้ผู้สูงอายุ สูญเสียความรู้สึกมั่นคง ไม่มีคุณค่า รู้สึกชีวิตว่างเปล่า และหมดภาคภูมิใจในตนเอง

3.2 การเปลี่ยนแปลงสภาพสังคม

การเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้รับมากกว่าจะเป็นผู้ให้ เป็นผู้ตามมากกว่าเป็นผู้นำในครอบครัว และในสังคมทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียบทบาทในตนเอง

3.3 การเปลี่ยนแปลงแนววัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี

การเข้าไม่ถึงหรือไม่สนใจการพัฒนาของเทคโนโลยีและความเจริญสมัยใหม่ของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงไม่ทันเหตุการณ์หรือยึดมั่นในแนวความคิดดั้งเดิม อีกทั้งการเข้ามาของวัฒนธรรมต่างชาติ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมักขัดแย้งกับลูกหลาน หรือถูกทอดทิ้งไม่สนใจ ถูกมองว่าล้าหลังและหัวโบราณ

3.4 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว

การเปลี่ยนโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นในสังคม เมือง และการขยายตัวของสังคมอุตสาหกรรม ทำให้ครอบครัวมีขนาดเล็กลง อยู่อย่างโดดเดี่ยว มากขึ้น ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในการดูแล อบรม สั่งสอนสมาชิกรุ่นหลัง ได้รับความเคารพ ยกย่อง เชื้อพียง น้อยลง เนื่องจากสภาพวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป และความสัมพันธ์ที่ไม่แน่นแฟ้นเหมือน ในอดีต ทำให้เกิดช่องว่างของวัยกว้างขึ้น ผู้สูงอายุถูกมองกลายเป็นภาระของครอบครัว

3.5 การเปลี่ยนแปลงแหล่งที่อยู่อาศัย

การย้ายถิ่นฐานไปอาศัยในแหล่งใหม่ เช่น การอพยพย้ายเข้ามาในตัวเมือง หรือการอพยพมา อาศัยในต่างประเทศ ก่อให้เกิดความรู้สึกคิดคำนึงถึงที่อยู่อาศัยเดิม ก่อให้เกิดความขัดแย้งในจิตใจ

3.6 การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ

การที่ผู้สูงอายุต้องเกษียณออกจากหน้าที่การงาน หรือไม่มีเรี่ยวแรงทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุ รายได้ ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้อีก ยิ่งในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ไม่มีคนให้พึ่งพิง ไม่มีแหล่ง สนับสนุนด้านการเงินจะยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความกังวล และทุกข์ใจกว่าปกติ

3.7 ความต้องการมีส่วนร่วมในสังคม

ผู้สูงอายุมักถูกมองว่าเป็นวัยแห่งการพัก ในสังคมไทยมักไม่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำงาน หรือ มีกิจกรรมนอกบ้านเนื่องจากความเป็นห่วงของลูกหลาน หรืออาจเกิดจากความไม่พร้อม ของร่างกาย ทั้งๆที่ผู้สูงอายุมีความต้องการทำประโยชน์ให้แก่สังคม สิ่งนี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความ ไม่สบายใจ และ รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ รวมทั้งสังคม ล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อ อย่างมากแก่ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความขัดแย้งหรือปมในจิตใจ อัดอั้นตันใจ จากสภาวะที่จำกัด ยิ่งในสภาวะการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยในปัจจุบัน ยิ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดอารมณ์ ความว้าว้าวมากขึ้น โดยเฉพาะสภาพสังคมเมืองใหญ่ๆที่มีความเจริญด้านเศรษฐกิจและเทคโนโลยี

ประเภทของความว้าว้าว

“ความว้าว้าว” ถูกแบ่งออกเป็นหลากหลายชนิดหรือหลายประเภทเกณฑ์การแบ่งที่ น่าสนใจมีดังต่อไปนี้⁽⁵⁸⁾

ซูลทซ์ แบ่งความว้าว้าวออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. ความว้าว้าวประเภทชั่วคราวและหายไป

เป็นความว้าว้าวที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งเกิดได้ตลอดเวลา มีช่วงระยะเวลา นานเพียงไม่กี่นาที และไม่เกิน 1 ชั่วโมง เกิดเนื่องจากการต้องแยกจากกลุ่มคนสำคัญ หรือคนที่มี ความผูกพันที่ลึกซึ้งด้วย เช่น พ่อแม่ สามีภรรยา ญาติ เพื่อนสนิท คนรัก สิ่งของที่รัก เป็นต้น ความ ว้าว้าวลักษณะนี้ไม่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต

2. ความว้าว้าวจากสถานการณ์สำคัญ

สาเหตุของความว้าว้าวเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์หรือสถานการณ์ในชีวิต โดยผลแห่งการเปลี่ยนแปลงนั้นส่งผลให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพของบุคคล เช่น การโยกย้ายถิ่นฐาน การพรากหรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเปลี่ยนสถานภาพ การสูญเสียอวัยวะที่สำคัญ เป็นต้น โดยผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงนี้จะก่อให้เกิดความว้าว้าวยาวนานไม่เกิน 1 ปี และอาจมีอาการ ทางกายร่วมด้วย

3. ความว่าเหวประเภทเรื้อรัง

ผู้ที่มีความว่าเหวประเภทนี้ จะมีปัญหาด้านบุคลิกภาพ สัมพันธภาพ หรือการปรับตัว และมีภาวะความโดดเดี่ยว เดียวดายอยู่ภายในจิตใจตั้งแต่ต้น เมื่อเกิดเหตุการณ์หรือสถานการณ์มากระทบทำให้ไม่สามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ อีกทั้งยังไม่มีแรงสนับสนุนทางสังคมให้พึ่งพา ความว่าเหวจะเกิดขึ้นภายในจิตใจตลอดเวลา และเป็นเวลานานหรืออาจตลอดชีวิต

พรานซิส ได้แบ่งประเภทของความว่าเหวออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ความชนิดว่าเหวปฐมภูมิ

เป็นความว่าเหวปกติ ที่สามารถเกิดขึ้นได้ขณะบุคคลอยู่ตามลำพัง โดยจะมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ต้องการแยกตัวออกมาจากสังคม ไม่อยากพบปะพูดคุยกับใคร

2. ความชนิดว่าเหวทุติยภูมิ

เป็นความว่าเหวอันเนื่องมาจากการสูญเสียบุคคลหรือสิ่งของอันเป็นที่รักไป โดยจัดเป็นความผิดปกติของจิตรูปแบบหนึ่ง และอาจมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย

คลาก ได้อธิบายประเภทของความว่าเหวโดยแบ่งออกเป็น 2 ชนิด

1. Existential Loneliness

ความว่าเหวปกติที่เกิดขึ้นในบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพ การเจ็บป่วยทางกาย หรือในกลุ่มบุคคลที่อยู่ในช่วงบั้นปลายของชีวิต เช่น บุคคลที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ไม่มีคนคอยดูแล ผู้สูงอายุที่ถูกทิ้งให้อยู่ตามลำพังไม่มีลูกหลานมาใส่ใจ เป็นต้น

2. Anxiety Loneliness

ความว่าเหวอันเนื่องมาจากการที่บุคคลไม่สามารถเป็นตัวของตัวเอง ต้องเสแสร้งเป็นบุคคลที่แตกต่างออกไปเนื่องจากต้องการการยอมรับจากสังคม หรือต้องเก็บกดความต้องการของตนเอง เพื่อให้ผู้อื่นพอใจ จนทำให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจเป็นระยะเวลายาวนาน สุดท้ายก็จะก่อให้เกิดความวิตกกังวล สับสนและความว่าเหวในจิตใจ

ลันท์ แบ่งความว่าเหวออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ความว่าเหวทางอารมณ์ ได้แก่ ความรู้สึกเป็นทุกข์ ปราศจากตัวตน ความว่างเปล่า

และความเฉยชา จากการไม่ได้รับสัมพันธภาพตามความคาดหวัง

2. ความว่าเหวทางสังคม ได้แก่ การเกิดช่องว่างระหว่างตนเองและสังคม ขาดการเป็น

ส่วนหนึ่งของสังคม

การแสดงออกของความว่าเหว่

การแสดงอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม

เพบลัวและเพิร์ลแมนได้จำแนกลักษณะของผู้ที่มีความว่าเหว่ออกเป็น 3 ด้าน ดังต่อไปนี้⁽⁶⁶⁾

ด้านอารมณ์

ลักษณะทางอารมณ์หลักที่พบในผู้มีความว่าเหว่คือ ความหมัดหวัง ความซึมเศร้า ความเบื่อหน่าย ความรังเกียจตนเอง และความไม่อดทน ซึ่งจะพบการผสมของอารมณ์เหล่านี้ใน ผู้ที่มีภาวะว่าเหว่ โดยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความว่าเหว่อย่างสูง

ด้านความคิด

รูปแบบความคิดที่เป็นสาเหตุหรือมักเกิดร่วมกับภาวะซึมเศร้า มีดังต่อไปนี้

1. การมองตนเองในแง่ลบ มองตนเองด้อยคุณค่า
2. ความคิดหมกมุ่นอยู่กับตนเอง สนใจแต่อารมณ์ความรู้สึกของตนเองเพียงอย่างเดียว
3. การสนใจแต่ตนเองและมองความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้อื่นในเชิงลบ

บุคคลที่มีภาวะว่าเหว่นั้นมักให้ความสำคัญกับตนเอง ประสบการณ์ของตนเองมากเกินไป

อีกทั้งยังหวาดระแวงและวิตกกังวลกับสภาพทางสังคม ไม่เปิดรับความสัมพันธ์ทางสังคมใหม่ๆ มีความไม่เป็นมิตรกับผู้คน หรือไม่คาดหวังความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งสนิทสนม

ด้านพฤติกรรม

ยังไม่มีทฤษฎีหรืองานวิจัยที่บ่งบอกว่าผู้ที่มีความว่าเหว่จะแสดงพฤติกรรมออกมาใน ลักษณะใด แต่จากงานวิจัยที่ผ่านมามักพบว่าผู้ที่มีภาวะว่าเหว่ชอบพูดแต่เรื่องราวของตนเอง ไม่ค่อย สนใจรับฟังความคิด หรือคำพูดของคนอื่นมากนัก อีกทั้งมักมีบุคลิกแบบเก็บตัวและเลี้ยงสังคม

เพบลัวและเพิร์ลแมน ยังกล่าวอีกว่าการพิจารณาความว่าเหว่ต้องพิจารณาทั้งด้านอารมณ์ ความคิด และ พฤติกรรมร่วมกัน หากมองในแง่ของพฤติกรรมด้านเดียว เช่น การอยู่เพียงลำพัง การอยู่ลำพังคนเดียวไม่ได้บ่งบอก ว่าบุคคลนั้นว่าเหว่ บุคคลสามารถมีความสุขกับการอยู่เพียงลำพังได้ แต่หากบุคคลไม่มีความสุขเนื่องจากการ อยู่ลำพังบ่อยครั้งก็อาจถือว่าเป็นความว่าเหว่ เป็นต้น

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง

คำจำกัดความของ “การเห็นคุณค่าในตนเอง”

คูเปอร์ สมิท⁽⁶⁷⁾นิยามการเห็นคุณค่าในตนเองว่า เป็นการตัดสินใจหรือการประเมินตนเองของบุคคล ที่จะเลือกยอมรับหรือไม่ยอมรับเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งจะแสดงออกในรูปแบบของทัศนคติต่อการเห็นคุณค่ามีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ พัฒนาการแต่ละช่วง วัยของบุคคล โดยมีองค์ประกอบในการสร้างการเห็นคุณค่า คือ

ด้านความสามารถ คือ การรับรู้ความสามารถ ทักษะของตนเอง และรู้ว่าทักษะใด ที่ตนเองมีความสามารถสูงหรือถนัด

ด้านการมีคุณค่า คือ ศีลธรรมจริยธรรมของตัวบุคคล เป็นการรับรู้ความเหมาะสม ในการตอบสนองต่อตนเองและสังคม

ด้านการประสบความสำเร็จ คือ ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของตน และความรับผิดชอบของคนที่มีความหมายต่อหน้าที่

ด้านความสำคัญ คือ การรับรู้ที่ตนเองได้รับการยอมรับและความรักจากบุคคลอื่น มีความหมาย ความสำคัญต่อสังคม

โรเซนเบิร์ก⁽⁶⁸⁾ให้คำจำกัดความว่า เป็นมุมมอง แนวความคิดและทัศนคติของบุคคลใน การมองตนเอง หากมีทัศนคติที่ดี ก็หมายถึงบุคคลนั้นยอมรับนับถือตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเอง แต่หากเป็นในทางตรงกันข้าม บุคคลนั้นย่อมมองไม่เห็นค่าของตน รู้สึกว่าตนเองด้อยค่ากว่าผู้อื่น

อูมาพร ตรังคสมบัติ⁽⁶⁹⁾ให้คำนิยามการเห็นคุณค่าในตนเองว่า คือความรู้สึกนึกคิด ความภาคภูมิใจ การยอมรับ ความเชื่อมั่น และการเห็นค่าของตน

ปรารธนา ช้อนแก้ว⁽⁷⁰⁾ได้ให้คำนิยาม ว่าการประเมินคุณค่าในตนเอง ตามความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อตนในเรื่องความสำเร็จ ความล้มเหลวและการยอมรับจากบุคคลอื่น ซึ่งการประเมินนี้จะนำไปสู่ การยอมรับตนเอง

เดนิส ลอเรนซ์⁽⁷¹⁾กล่าวถึงการเห็นคุณค่าในตนเองว่า เป็นความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันกับ อัตมโนทัศน์ของบุคคล โดยอัตมโนทัศน์ของบุคคลประกอบขึ้นจาก 3 ส่วน ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ซึ่งเกิดขึ้นจากการพัฒนาจากการมองตนเอง 3 ด้าน คือ

1. ส่วนที่เป็นตัวตนอันจริงแท้ (Self-Image) หรือที่ตอบคำถามว่า “ฉันคือใคร”
2. ส่วนที่เป็นตัวตนจากความคาดหวัง (Ideal Self) หรือที่ตอบคำถามว่า “ฉันอยากเป็นอะไร”
3. ส่วนที่เป็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) ซึ่งเป็นส่วนกลางระหว่างตัวตนที่จริงแท้และตัวตนที่คาดหวังอยากจะเป็น

รัตนา ครประเสริฐ⁽⁷²⁾ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่า การรู้คุณค่าในตนเอง คือ การที่บุคคลมีความสมดุลของ ความปรารถนาในความสำเร็จ ความมีเกียรติ และความซื่อสัตย์ ซึ่งก็คือจิตใต้สำนึก และพฤติกรรมของบุคคล จิตใต้สำนึกของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองจะรู้ บาป บุญคุณโทษ รู้ว่าสิ่งใดควรทำสิ่งใดไม่ควรทำ ส่วนพฤติกรรมคือ มีความสามารถในการแก้ ปัญหาอย่างเหมาะสม มั่นใจในความคิดความสามารถของตนเอง แต่หากสมดุลของบุคคลเสียไป ก็อาจทำให้กลายเป็นคนที่ไม่มีความมั่นใจในตนเอง หรือกลายเป็นคนหยิ่งยโส ไม่รับฟังผู้อื่น ดูถูกผู้ที่ด้อยกว่าตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่ใช่การเห็นคุณค่าในตนเอง

จากการให้คำนิยามสรุปได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองคือ การพิจารณาตนเอง ของบุคคลที่มีต่อความสำเร็จ ความสำคัญ ความภาคภูมิใจ การยอมรับจากบุคคลอื่นในสังคม และความสามารถของตนเอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์ของแต่ละบุคคล

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับ “การเห็นคุณค่าในตนเอง”

ทฤษฎีความต้องการของ Maslow⁽⁷³⁾ ซึ่งได้กำหนดความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 5 ชั้น ตั้งแต่ความต้องการขั้นพื้นฐานที่สุด จนถึงความต้องการขั้นสูงสุด ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1. ความต้องการขั้นพื้นฐาน (Physiological Needs) คือ เป็นความต้องการด้านร่างกาย เพื่อความอยู่รอดของชีวิต เช่น ความต้องการอาหาร อากาศ น้ำ และที่อยู่อาศัย เป็นต้น

ขั้นที่ 2. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety Needs) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย หมายถึง ความต้องการสภาพแวดล้อม ที่ปลอดภัย ปราศจากอันตรายทางร่างกาย และจิตใจ ความมั่นคงในการทำงานความต้องการขั้นที่สองของ Maslow จะถูกกระตุ้นภายหลังจากที่ความต้องการทางร่างกายถูกตอบสนองแล้ว

ขั้นที่ 3. ความต้องการทางสังคม (Social Needs) คือ ความต้องการที่จะมีปฏิสัมพันธ์ การมีเพื่อน การได้รับการยอมรับโดยบุคคลอื่น เพื่อการตอบสนองความต้องการทางสังคมของตน

ขั้นที่ 4. ความต้องการเกียรติยศชื่อเสียง (Esteem Needs) คือ ความต้องการที่จะให้ผู้อื่นยกย่องสรรเสริญตัวเอง มีความภาคภูมิใจในสถานภาพทางสังคม ต้องการมีชื่อเสียง และการยกย่อง จากบุคคลอื่น

ขั้นที่ 5. ความต้องการความสำเร็จในชีวิต (Self-Actualization Needs) คือ ความต้องการ ระดับสูงสุด เกิดจากบุคคลมีความตระหนักถึงศักยภาพแห่งตน และสามารถนำไปใช้ให้เกิด ประโยชน์สูงสุด

การพัฒนาในขั้นที่ 3 และ 4 เรียกว่า ค่านิยมพื้นฐาน⁽⁷⁴⁾ ได้แก่ ความรัก การเห็นคุณค่า ในตนเองของบุคคล ซึ่งเมื่อบุคคลประสบความสำเร็จในสองขั้นดังกล่าวและจะนำไปสู่ขั้นที่ 5

การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความต้องการอันละเอียดอ่อนของจิตใจ เป็นการพัฒนาของจิตใจในขั้นที่สูงขึ้น ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองจะสามารถควบคุมอิทธิพลของความต้องการในขั้นต่ำมองเห็นศักยภาพแห่งตน มีความเชื่อมั่นและมั่นใจในตนเอง ภาคภูมิใจในเอกลักษณ์ของตน ไม่ต้องคอยอาศัยความช่วยเหลือของผู้อื่น ซึ่งความรู้สึกนี้แตกต่างจากผู้ que คิดว่าตนเองมีค่า ผู้ที่คิดว่าตนเองมีค่า มักชอบมองว่าตนเองอยู่เหนือกว่าผู้อื่น และคนอื่นไร้ค่า

พัฒนาการของการเห็นคุณค่าในตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลนั้นเริ่มพัฒนาขึ้นตั้งแต่วัยทารกจนกระทั่งย่างก้าวเข้าสู่วัยชรา⁽²¹⁾ แบริดเซอร์ กล่าวว่าการเห็นคุณค่าในบุคคลแรกเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่การร้องไห้ของเด็กทารก เมื่อต้องการการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจ การที่มารดาหรือผู้ดูแลตอบสนองกับความ ต้องการของทารก ทารกจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีอิทธิพลเหนือมารดา มีอำนาจเหนือสิ่งแวดล้อม รอบตัว และควบคุมสิ่งแวดล้อมได้

เมื่อทารกเจริญเติบโตจนเข้าสู่ช่วงวัยเด็ก จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัยเด็กเป็นวัยแห่งการเข้าสู่สังคมภายนอก และออกมาจากครอบครัว การเข้าสู่สังคมภายนอกของเด็ก ได้แก่ การเข้าโรงเรียน เด็กจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับตนเองจากสิ่งที่เพื่อนปฏิสัมพันธ์กับเขา พร้อมกันนั้นเขา ก็จะเริ่มมีการพัฒนาทักษะทางสังคม ความเป็นเอกลักษณ์แห่งตน และความภาคภูมิใจในตนเองซึ่งกิจกรรมทางโรงเรียนที่ส่งเสริมให้เด็กมีการแสดงความสามารถ ก็เป็นอีกทางหนึ่งที่ทำให้เด็กเห็น ศักยภาพของตนเอง

เมื่อเข้าสู่ช่วงของวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่เกิดความเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การปรับตัวถือว่าเป็นปัจจัยหลักที่จะทำให้วัยรุ่นสามารถก้าวผ่านช่วงเวลานี้ไปได้ ด้วยดี ความมั่นใจและความภาคภูมิใจในตนเองเป็นสิ่งสำคัญสำหรับความสามารถในการปรับตัว วัยรุ่นที่ประสบความสำเร็จในสิ่งที่เขาทำ หรือรู้ว่าตนเองมีทักษะความสามารถ ถนัด เชี่ยวชาญ ด้านใด ก็จะช่วยเพิ่มความรู้สึกว่าเขามีคุณค่า และเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ดังนั้นพ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือผู้ใหญ่ควรเปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงความสามารถ ความคิดเห็นของตน และอย่า ปิดกั้นหรือคาดหวังในวัยรุ่นจนมากเกินไป อีกทั้งควรให้ความช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำ ตามแต่สมควรและความเหมาะสม

การพัฒนาการของการเห็นคุณค่าในตนเองเมื่อก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นนั้น ขึ้นอยู่กับ การประสบความสำเร็จของ การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ความสำเร็จจากบทบาทหน้าที่ที่ตนได้รับ ซึ่งในวัยนี้ ประสบการณ์ วุฒิภาวะ จะยิ่งทำให้บุคคลสามารถมองตัวตนแห่งตนได้อย่างชัดเจน

วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงลบ ส่งผลให้การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุมักจะลดระดับลงจากการที่ผู้สูงอายุมีความต้องการการพึ่งพา หรือรอคอยความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ่อยครั้ง ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่มีความสามารถเป็นภาระให้แก่ผู้อื่น ผู้สูงอายุที่สามารถยอมรับและปรับตัวได้กับความเสื่อมถอยนั้น อีกทั้งยังสามารถสร้างคุณประโยชน์ให้แก่คนรุ่นหลัง และมีความตระหนักถึงคุณค่าของตนเองเมื่อในอดีต ช่วยเพิ่มความรู้สึก

ยอมรับตนเอง ภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุ ดังนั้นครอบครัวและสังคม ควรให้ความสำคัญ ยกย่อง ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในสังคมให้มากขึ้น

ตามทฤษฎีของ Maslow นั้นการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในช่วงของขั้นตอนที่ 4 กล่าวคือการเกิดความรู้สึกพึงพอใจในตนเองของบุคคลนั้นเกิดจากการยอมรับในตนเอง และการยอมรับที่ได้จากผู้อื่น การยอมรับของตนเองคือการประเมินตนเองจากทัศนคติ ที่มีต่อการประสบความสำเร็จ การล้มเหลว ความพึงพอใจต่อความสามารถของตนเอง หากการประเมินส่วนใหญ่ ออกมาในเชิงบวก บุคคลนั้นก็จะเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ เชื่อมมั่นใน เอกลักษณ์ ของตนเอง แต่หากการประเมินออกมาในด้านลบ ก็จะนำไปสู่ความรู้สึกมีปมด้อย เมื่อเปรียบเทียบกับตนเองกับผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสำคัญ หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้

Maslow ได้แบ่งการเห็นคุณค่าในตนเองออกเป็น 2 ลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. การตัดสินใจการมีคุณค่าจากตนเอง ซึ่งประเมินจาก การมีเอกลักษณ์แห่งตน ความสำเร็จ ตามเป้าหมายของตน ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การพึ่งพาตนเองและความ มีอิสระ
2. การตัดสินใจการมีคุณค่าจากผู้อื่น ประเมินจาก การได้รับการยอมรับจากสังคม การมีชื่อเสียง การยกย่องเชิดชู การมีอำนาจ และการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ

กระบวนการตระหนักถึงการเห็นคุณค่าของตนเอง

ทาร์ฟ (75) กล่าวถึงการที่บุคคลจะรับรู้ถึงคุณค่าแห่งตน มีอยู่ 2 ประการ ดังต่อไปนี้

ประการที่ 1. การประเมินทัศนคติ และสังคมที่มีต่อตนเอง ซึ่งมาจากแนวความคิดของ คูลเลอร์ เกี่ยวกับ “กระจกส่องตนเอง” เป็นการรับรู้คุณค่าของตนเองจากปฏิสัมพันธ์ที่ได้รับจาก สังคม และสิ่งแวดล้อมภายนอก

ประการที่ 2. ความรู้สึกของตนที่มีต่อความสามารถในการตอบสนองต่อสภาวะแวดล้อม และ ผลที่ตอบกลับมา กล่าวคือขึ้นอยู่กับกรกระทำ การควบคุม ของตนเอง เป็นการรับรู้คุณค่า แห่งตน จากปัจจัยภายในของตนเอง โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ วุฒิภาวะ ประสบการณ์ ของแต่ละบุคคล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง

คูเปอร์ สมิท⁽⁶⁷⁾ แบ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองออกเป็น 2 ประการ คือ ปัจจัยภายนอก และปัจจัยภายใน ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยภายนอก ประกอบด้วย

- 1.1. สัมพันธภาพในครอบครัว ได้แก่ การแสดงออกของความรัก ความอบอุ่น การให้เกียรติ การปรึกษาปัญหา การรับฟังปัญหา และการปฏิบัติสัมพันธ์ทุกรูปแบบอื่นๆ ในครอบครัว เป็นสิ่งที่เป็นองค์ประกอบและปัจจัยที่สำคัญในการที่บุคคลจะพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง
- 1.2. สถานภาพทางสังคม และกลุ่มเพื่อน เนื่องมาจากสถานภาพทางสังคม เป็นตัวบ่งบอกถึงความสำเร็จ ถือเป็นหน้าเป็นตาของบุคคล เป็นความภาคภูมิใจ บุคคลที่มี สถานภาพทางสังคมที่ดีหรืออยู่ในระดับสูง จึงมีความรู้สึกว่าเป็นคนมีคุณค่า เป็นที่เชิดชู ยกย่องของบุคคลอื่น อีกทั้งการได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ก็เป็นการแสดงให้เห็นว่าตนเองเป็นคนที่มีความสำคัญ มีผู้อื่นชื่นชอบและประทับใจในตนเอง
- 1.3. การมีส่วนร่วมในสังคม เป็นการบ่งบอกว่าตนมีความสำคัญ และได้รับการ ยอมรับจากบุคคลอื่น เป็นการเปิดโอกาสให้แสดงศักยภาพของตนเอง และหากสามารถทำได้ดี หรือประสบผลสำเร็จก็เป็นการเพิ่มความภาคภูมิใจของตนเอง

2. ปัจจัยภายใน ประกอบด้วย

- 2.1. ลักษณะทางกายภาพ ได้แก่ ความสวยงามของรูปร่างหน้าตา บุคลิกภาพ ความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย บุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ดีหรือมีความพึงพอใจต่อ ศักยภาพด้านร่างกายของตน ก็จะส่งผลไปยังความภาคภูมิใจในตนเอง แต่อย่างไรก็ตามลักษณะ ทางกายภาพก็ขึ้นอยู่กับค่านิยม ความชื่นชอบของสังคมนั้นๆ ด้วย
- 2.2. สภาวะทางอารมณ์และสภาพจิตใจ บุคคลที่มีสภาวะทางอารมณ์ในด้านบวก มากกว่าด้านลบจะประเมินตนเองในด้านที่ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองให้สูงขึ้น เช่น ชื่นชม ตนเอง รู้สึกดีต่อตนเอง ยอมรับในข้อเสียของตนและพร้อมจะแก้ไข ขณะเดียวกัน บุคคลที่มีสภาวะ อารมณ์ในด้านลบ จะมองว่าตนเองไร้ประสิทธิภาพ มีปมด้อย รู้สึกไม่พอใจในตนเอง ทำให้การเห็น คุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ

- 2.3. ประสบการณ์ในชีวิต บุคคลที่มีประสบการณ์ในการประสบความสำเร็จมากกว่าความล้มเหลว หรือมีมุมมองเกี่ยวกับประสบการณ์ของตนในด้านดี จะมีความรู้สึกมั่นคงในตนเอง กล่าวที่จะตัดสินใจ กล่าวที่จะลงมือทำ และกล่าวที่จะตั้งความปรารถนาแห่งตน มองตนเอง ในแง่บวกที่ตีมากกว่าผู้ที่ประสบความสำเร็จล้มเหลว หรือมองประสบการณ์ที่มีในเชิงลบ
- 2.4. ค่านิยมส่วนบุคคล การเปลี่ยนแปลงของค่านิยม หรือการให้คุณค่าต่อสิ่งนั้นๆ มีผลกระทบต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง
- 2.5. ระดับความคาดหวัง บุคคลที่มีความคาดหวังในตนเองที่เกินกำลัง ความสามารถของตนเอง หรือมีความคาดหวังในตนเองต่ำเกินไป จะทำให้บุคคลไม่สามารถเห็นศักยภาพของตนเอง และไม่รับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง

ลักษณะของผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเอง

ลักษณะหรือบุคลิกภาพของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ และระดับสูง มีการแสดงออกที่แตกต่างกัน และมีผู้เปรียบเทียบลักษณะที่แตกต่างนั้นหลายลักษณะ ดังต่อไปนี้

แบรดชอร์⁽⁷⁶⁾ได้รวบรวมลักษณะของผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ คือ

ลักษณะ ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ได้แก่

1. ไม่ค่อยพึงพอใจอะไร
2. โหมโหยงาย ชอบบันดาลโทสะ
3. ไม่กล้าแสดงออก
4. ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้
5. ไม่ชอบความเสี่ยง
6. ไม่รับฟังผู้อื่น
7. หลีกเลียงความขัดแย้งในใจ
8. ไม่มีความกระตือรือร้น
9. จิตใจอ่อนแอ เสียใจง่าย ไม่หนักแน่น

10. ปิดกั้นตนเองจากผู้อื่น
11. ตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมต่ำ
12. เปลี่ยนงานบ่อย
13. ซึมเซา
14. ช่างสงสัย
15. ไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
16. มีสัมพันธ์เพียงผิวเผิน
17. ปรับตัวได้ยาก
18. หวาดระแวง วิตกกังวล รู้สึกไม่ปลอดภัย
19. ทำตามแต่หน้าที่ของตน
20. ไม่ไว้ใจใคร
21. ไม่เปลี่ยนแปลงตนเอง

ลักษณะ ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง ได้แก่

1. ความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง
2. ยินยอมรับฟังผู้อื่น
3. ตรงไปตรงมา
4. มั่นใจในตนเอง
5. กล้าท้าทายสิ่งใหม่ๆ ชอบเสี่ยง
6. ชอบดูแลผู้อื่น
7. ให้ความร่วมมือดี
8. ความเป็นผู้ใหญ่
9. ไว้วางใจ
10. มีจินตนาการ ความคิดสร้างสรรค์
11. รู้สึกมั่นคงปลอดภัย
12. กล้าแสดงออก
13. เผชิญหน้ากับความขัดแย้ง
14. จริงใจ เปิดเผย

15. มีการทดสอบ
16. มีการมอบหมายหน้าที่
17. มีการแบ่งความรับผิดชอบ
18. กล่าวหาญ

แบรนเดน (77) ได้แบ่งลักษณะการแสดงออกของผู้ที่มีพฤติกรรมการเห็นคุณค่าในตนเองสูง-ต่ำ ดังต่อไปนี้

ลักษณะของผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

1. ไม่ประสบความสำเร็จในด้านการเรียน การทำงาน หรือการทำหน้าที่ของตนเนื่องจากผู้ที่มีคุณค่าในตนเองต่ำมักจะไม่ตั้งเป้าหมายหรือตั้งเอาไว้ในระดับต่ำ
2. มักพบปัญหาทางจิตใจ เนื่องจากการมองไม่เห็นศักยภาพของตนเอง ไม่มีความภาคภูมิใจ ปัญหาที่มักพบบ่อยคือ วิตกกังวล นอนไม่หลับ เป็นทุกข์ ความผิดปกติของร่างกาย
3. มักปฏิเสธหากมีผู้อื่นมาชื่นชม ยกย่อง เนื่องจากไม่เห็นข้อดีของตนเอง อีกทั้งชอบดูถูกคนอื่น มักซ้ำเติมหากผู้อื่นผิดพลาด เนื่องจากจะช่วยส่งเสริมให้ตนเองรู้สึกดี
4. ต้องการการยอมรับจากผู้อื่นมาก ไม่สนใจใคร สนใจแต่ความคิดของตน มักเสียใจมากหากถูกบอกปฏิเสธ

ลักษณะของผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง

1. มีบุคลิกภาพ การเคลื่อนไหวที่เต็มไปด้วยชีวิตชีวา แสดงออกถึงความสุขในชีวิต
2. ยอมรับและสามารถพูดถึงความล้มเหลว หรือการประสบความสำเร็จของตนเองได้อย่างจริงใจ ตรงไปตรงมา
3. อยู่ในฐานะของผู้ให้ และผู้รับความรัก สามารถแสดงออกถึงความชื่นชม ยกย่อง หรือความรู้สึกถึงซึ่งที่มีต่อผู้อื่น และเป็นผู้รับที่ดีในคราวเดียวกัน
4. คำพูดและการแสดงท่าทางเป็นไปตามธรรมชาติ
5. มีมุมมองที่กว้างไกล เปิดรับแนวความคิดใหม่ๆ เปิดประสบการณ์ให้กับชีวิต
6. มีความสิ้นไหว หรือความสอดคล้องของน้ำเสียง การพูด ท่าทาง การแสดงออก
7. ยอมรับต่อคำตำหนิของผู้อื่น
8. มีความยืดหยุ่นต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในสภาพแวดล้อมที่แตกต่าง
9. เป็นตัวของตัวเอง แม้จะอยู่ในสถานการณ์ที่มีความกดดัน

10. มีพฤติกรรมที่เหมาะสม

11. สามารถสนุกสนาน หรือขบขันกับแง่มุมของชีวิตทั้งของตนเอง และผู้อื่น

การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีแนวโน้มในการเห็นคุณค่าในตนเองที่ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับวัยอื่นๆ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม บ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุจะรู้สึกที่ตนเองหมดศักยภาพ สิ้นหวัง และไร้คุณค่าแก่ทั้งตนเอง ครอบครัว และสังคม

แอสเลย์⁽⁷⁸⁾ ได้กล่าวถึงสาเหตุหลักๆ ที่ส่งผลให้ผู้สูงมีการสูญเสียการเห็นคุณค่าในตนเอง ดังนี้

1. ความเสื่อมลงของสภาวะร่างกาย และประสิทธิภาพในการทำงานที่ลดลงในทุกๆ ระบบ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นจะส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ เป็นการสูญเสียคุณค่าในตนเองจากผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อภาพลักษณ์แห่งตน (Self-Image)
2. การสูญเสียความมั่นใจในภาพลักษณ์ของตนในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป มีการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ระมัดระวัง และระแวงการกระทำหรือพฤติกรรมของตน
3. สูญเสียการควบคุมต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ หรือช่วยเหลือตนเองได้เหมือนก่อน ส่งผลให้กลไกการป้องกันตัวตามธรรมชาติหายไป หรือเสื่อมถอยลงซึ่งจะส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง

แนวทางการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ ตามการเปลี่ยนแปลงของค่านิยม แนวความคิด สภาวะอารมณ์ มุมมอง และประสบการณ์ของบุคคล แนวทางในการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง⁽²¹⁾ มีดังต่อไปนี้

คูเปอร์สมิท ได้ให้แนวความคิดเกี่ยวกับการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองดังต่อไปนี้

1. มีการกระทำที่ได้รับการยอมรับว่าสอดคล้องกับค่านิยม ความปรารถนาของตนเอง
2. ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของตนที่ได้คาดหวังเอาไว้
3. ได้รับการยอมรับ ชื่นชอบ และการปฏิบัติตอบจากบุคคลที่มีความสำคัญกับตนเอง
4. ลักษณะการตอบสนองเมื่อได้รับการประเมิน

บรูโน กล่าวถึงการพัฒนารับรู้คุณค่าในตนเองของบุคคลไว้ดังต่อไปนี้

1. ไม่ประเมินค่าตนเอง หรือเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เนื่องจากบุคคลนั้นมีค่าในตนเองอยู่แล้วไม่จำเป็นต้องประเมินค่าของตนอีก การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลจะมากขึ้น หากบุคคลเลิกตัดสินค่าของตนเอง
2. ตั้งเป้าหมายในสิ่งที่สามารถเป็นไปได้ ลดความคาดหวังลงให้เหมาะสม การที่บุคคลสามารถลดความต้องการของตนลง แต่ยังคงสิ่งที่ปรารถนาเอาไว้ เมื่อไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ระดับของความรู้สึกสูญเสีย ความโศกเศร้าก็จะลดน้อยลง
3. สร้างความสำเร็จให้กับตนเอง ความภาคภูมิใจจากความสำเร็จ การชื่นชมจากคนรอบข้าง ส่งเสริมการเพิ่มการเห็นคุณค่าของบุคคลให้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามนอกจากความสำเร็จแล้ว บุคคลต้องมีความสุขในการดำเนินชีวิตควบคู่กันไป
4. รับฟังข้อเสนอแนะ หรือแนวความคิด มุมมองใหม่ๆ จากผู้อื่น หรือเป็นการแนะนำจากตนเอง เพื่อให้เกิดกำลังใจ หรือการเปลี่ยนมุมมองและแนวความคิดในทางที่ดี หรือเป็นประโยชน์แก่ตนเอง

สถานสงเคราะห์คนชราภาครัฐบาลและสถานบริการภาคเอกชน

จากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ และภาวะพึ่งพาที่เพิ่มสูงขึ้นในปัจจุบัน ทำให้ ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลที่สูงขึ้น การช่วยเหลือจากภาครัฐและการดูแลของภาคเอกชน ถือว่ามีบทบาทสำคัญในสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบันอย่างมาก ปัจจุบันพบว่าหน่วยงานที่มีส่วน สัมพันธ์ในการดูแลผู้สูงอายุคือ บ้านพักหรือสถานสงเคราะห์คนชรา และสถานบริบาลทั้ง ภาครัฐและเอกชน โดย ร้อยละ 49.26 ให้การบริการในเขตกรุงเทพมหานคร ⁽⁷⁹⁾

การให้บริการภาครัฐบาล

การให้บริการภาครัฐมีลักษณะการให้บริการหลากหลายรูปแบบ โดยเน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะปานกลาง และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ ลักษณะบริการมีดังต่อไปนี้⁽⁸⁰⁾

1. ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เป็นสถานที่ในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ และชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและชุมชนมีโอกาสนในการพัฒนาตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และภูมิปัญญา

2. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ เป็นศูนย์การเรียนรู้และเผยแพร่ข่าวสารด้าน การจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ โดยให้บริการส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรด้านสวัสดิการ ผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน นอกจากนี้ยังเป็นศูนย์เครือข่ายในการให้บริการสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุ และเป็นศูนย์ต้นแบบการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุที่มีมาตรฐาน เช่น ศูนย์พัฒนาการจัด สวัสดิการการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค เป็นต้น
3. โรงพยาบาลรัฐ เป็นศูนย์ที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งกระจายตัวอยู่ทั่วประเทศ โดย อาจมีการบริการคลินิกพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ หรือหอผู้ป่วยสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ
4. สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นศูนย์รับดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต
5. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านพัก เป็นโครงการการจัดส่งอาสาสมัครที่มีความ เต็มใจในการดูแล ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และ ไม่มีผู้ดูแลประจำ เช่น กลุ่ม อสม.
6. สถานสงเคราะห์คนชราส่วนท้องถิ่น เป็นศูนย์ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ไร้ที่พึ่งอาศัยอยู่ภายใต้การ บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
7. สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ มีจุดมุ่งหมายในการส่งเสริม สนับสนุน และ พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ศาสนา และวัฒนธรรม
8. การดูแลผู้สูงอายุในบ้านพัก เป็นการประสานงานกันของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ในการจัดส่งบุคลากรเพื่อไปดูแล ผู้สูงอายุที่มีปัญหา สุขภาพเรื้อรัง ที่ จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง และไม่ สะดวกในการเดินทางมารับการรักษาที่สถานพยาบาล
9. ชมรมผู้สูงอายุ มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกัน ได้พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง และ สร้างคุณประโยชน์ให้แก่คนรุ่นหลัง
10. วัดส่งเสริมสุขภาพ เป็นโครงการภายใต้การนำของวัดในการส่งเสริมสุขภาพ และการทำกิจกรรม ร่วมกันของชุมชน

หน่วยงานที่รับผิดชอบในการรับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุ

กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ การป้องกันและ ส่งเสริมการบริการด้านสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนและฝึกอบรม โดยมีหน่วยงานดังนี้

1. กรมอนามัย มีหน้าที่ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ และ เผยแพร่องค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อีกทั้งรับผิดชอบเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจ ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านพักอาศัย

2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ มีหน้าที่ในการส่งเสริมและพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การให้บริการด้านการแพทย์
3. กรมสุขภาพจิต มีหน้าที่ในการส่งเสริม ป้องกัน และค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุ ในประเทศ
4. สำนักงานประกันสุขภาพ มีหน้าที่รับผิดชอบสวัสดิการสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ
5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีหน้าที่ในการศึกษาวิจัย และส่งเสริมการวิจัยทั้งภาครัฐและเอกชน เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
6. กองประกอบโรคศิลปะ มีหน้าที่ควบคุมดูแลการบริการด้านสุขภาพของสถานพยาบาลให้มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

รับผิดชอบในการพัฒนาสังคม ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพและความมั่นคงของชีวิต สถาบันครอบครัว และชุมชน มีหน่วยงานในการดูแล ดังต่อไปนี้

1. กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ มีหน้าที่ในการจัดบริการสวัสดิการต่างๆที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านพักฉุกเฉิน โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ การให้องค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เป็นต้น
2. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ และสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ มีหน้าที่ในการร่างนโยบายในการคุ้มครอง ส่งเสริม และปกป้องสิทธิของผู้สูงอายุ
3. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีหน้าที่ให้การสนับสนุน และอุดหนุนแก่องค์กรมูลนิธิต่างๆของเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค สังกัดกรมประชาสงเคราะห์กระทรวงแรงงานสวัสดิการสังคม

สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ได้ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2496 ในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี นับเป็นสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุแห่งแรกของประเทศไทย เพื่อให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุตามนโยบายสวัสดิการสังคมของรัฐ โดยเริ่มเปิดดำเนินการในสมัย ของ นายปกรณ์ อังศุสิงห์ เป็นอธิบดีกรมประชาสงเคราะห์ จนกระทั่งเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2546 บ้านบางแค ได้ปรับบทบาทจากหน่วยงานปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุเป็นงานส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ โดยใช้ชื่อว่า ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการ สังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค⁽⁸¹⁾

สถานที่ตั้ง และอาคารที่พัก

สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคตั้งอยู่ที่ 813 ถนนเพชรเกษม แขวงบางหว้า เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร 10160 มีเนื้อที่ประมาณ 21 ไร่ ประกอบด้วย อาคารที่พักจำนวน 6 แห่ง ได้แก่ ที่พักแบบบังกะโล, อาคารมหาตมา, อาคารพิบูลสุข, อาคารสุขสันต์, อาคาร 100 ปี, อาคารพยาบาล, อาคารหอพัก และอาคารสวัสดิผล

วัตถุประสงค์ในการก่อตั้ง

1. เพื่อเป็นศูนย์แห่งการเรียนรู้และเผยแพร่ข่าวสารด้านการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
2. ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านสวัสดิการผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน
3. เป็นศูนย์ประสานเครือข่ายในการให้บริการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
4. เป็นศูนย์ต้นแบบการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุที่มีมาตรฐาน

คุณสมบัติของผู้เข้ารับบริการ

สถานสงเคราะห์บ้านบางแค ให้ความอุปการะผู้สูงอายุชายหญิง สัญชาติไทย อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีความสมัครใจ ประสบปัญหาความเดือดร้อน เช่น ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ไม่มีที่อยู่อาศัย ฐานะยากจนที่ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่มีความพิการทุพพลภาพ หรือจิตฟั่นเฟือนและ ต้องไม่อยู่ระหว่างการดำเนินคดีอาญา

การสมัครเข้ารับบริการ

1. ผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร ให้ยื่นใบสมัครได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคม และสวัสดิการ กรุงเทพมหานคร
2. ผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในต่างจังหวัดให้ยื่นใบสมัครได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัดที่ตนอยู่

ประเภทของผู้รับบริการ

1. ประเภทสามัญ ให้การอุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุโดยไม่ต้องเสียค่าบริการใด ๆ ทั้งสิ้น
2. ประเภทเสียค่าบริการแบบหอพัก แบ่งออกเป็นห้องเดี่ยว เสียค่าบริการคนละ 1,500 บาทต่อเดือน และห้องคู่เดือนละ 2,000 บาท มีบริการทั้งหมด 40 ห้อง
3. ประเภทพิเศษ (บังกะโล) เป็นบ้านเดี่ยวที่ปลูกสร้างตามแบบแปลนที่กำหนดในที่ดินของสถาน สงเคราะห์คนชราบ้านบางแค โดยผู้ปลูกสร้างสามารถพักอาศัยอยู่ได้จนถึงแก่กรรม และต้องยก กรรมสิทธิ์ให้กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

การให้บริการแก่ผู้สูงอายุ

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค เป็นหน่วยงานสังกัด สำนักบริการสวัสดิการสังคม กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่ให้บริการผู้สูงอายุซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้จัดบริการด้านต่างๆให้แก่ ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุข อยู่ดีกินดี ตามควรแก่อัตภาพ

การสงเคราะห์ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค ได้จัดบริการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. บริการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีปัจจัย 4 ที่จำเป็นต่อชีวิต เพื่อให้มีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ ในบั้นปลายชีวิตตามสมควรแก่อัตภาพ
2. บริการทางการแพทย์และอนามัย

2.1 ด้านการรักษาพยาบาล

ศูนย์พัฒนา ฯ ได้จัดส่งแพทย์มาทำการตรวจรักษาโรคทั่วไป ของผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมี เจ้าหน้าที่พยาบาลดูแลรักษาพยาบาลตามคำสั่งแพทย์โดยอยู่เวรตลอด 24 ชั่วโมง ในกรณีที่เจ็บป่วย เฉพาะโรคหรือประสบอุบัติเหตุฉุกเฉินจะส่งไปรักษาที่โรงพยาบาล นอกจากนั้นได้ให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี เช่น เอ็กซเรย์ ตรวจเลือด เป็นต้น

2.2 ด้านการอนามัย

มีการจัดเจ้าหน้าที่พยาบาล อาสาสมัครจากโรงพยาบาลต่าง ๆ มาให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุ การสุขาภิบาล การทำความสะอาดที่พักอาศัย การกำจัดขยะมูลฝอย เป็นต้น

2.3 การส่งเสริมสุขภาพ

มีการจัดเจ้าหน้าที่ จัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้แข็งแรง เช่น รำมวยจีน กีฬาเบตอง, กายบริหาร, นั่งสมาธิ เป็นต้น

3. บริการด้านกายภาพบำบัด ศูนย์กายภาพบำบัดได้ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ .ศ.2510 โดยมีแพทย์ที่ปรึกษา ของกรมประชาสงเคราะห์ คือ แพทย์หญิงสุนิทย สุธิธีสารธกร มาทำการตรวจรักษาผู้สูงอายุ เดือนละครั้ง และมีนักกายภาพบำบัดและผู้ได้รับการอบรม ด้านกายภาพบำบัดร่วมทำการรักษา ผู้สูงอายุตามคำสั่งแพทย์ นอกจากนั้นยังมีการจัดการรักษา เป็นรายบุคคลและการบริหารร่างกายเป็นกลุ่ม

4. บริการด้านอาชีพบำบัด เป็นการส่งเสริมและสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมยามว่าง ให้เหมาะสมกับความสามารถและตามความสมัครใจ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต และรู้จัก ใช้เวลา

วางให้เป็นประโยชน์ โดยจัดสอนงานประดิษฐ์ต่าง ๆ เช่น กลุ่มดอกไม้จันทร์ ,กลุ่มดอกไม้ ประดิษฐ์, กลุ่มทำเครื่องหอม เป็นต้น ผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายจะแบ่งผลกำไรให้เป็นค่าแรงผู้สูงอายุ 70% สมทบทุนหมุนเวียน 25% และเป็นรางวัลผู้ควบคุม 5% ตามระเบียบของกรมพัฒนาสังคมฯ

5. บริการด้านสังคมสงเคราะห์ ได้จัดให้มีนักสังคมสงเคราะห์ประจำอาคารพักผู้สูงอายุ เพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษาหรือแก้ไขปัญหา พื้นฟูและปรับสภาพให้ผู้สูงอายุได้มีความสุข ความอบอุ่นใจ สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข โดยใช้วิธีการสังคมสงเคราะห์เฉพาะรายและเป็นกลุ่ม ตลอด จนให้ความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหา ผู้สูงอายุ

6. บริการด้านศาสนา ได้จัดบริการภายในอาคารศาลาธรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีโอกาสประกอบพิธีกรรมทางศาสนาประเพณีนิยมในวันสำคัญ ๆ เช่น วันธรรมสวนะ วันวิสาขบูชา วันมาฆบูชา และวันเข้าพรรษา เป็นต้น และมีการนิมนต์พระสงฆ์ แสดงธรรมเทศนาในวันพระเดือนละ 4 ครั้ง และมีวิทยากรจากพุทธสมาคมแห่งประเทศไทย มาบรรยายออกเสียงตามสายให้ผู้สูงอายุฟังเป็นประจำทุกเดือน นอกจากนี้ได้จัดให้มีการทำบุญ ในวันสำคัญต่าง ๆ เช่น วันขึ้นปีใหม่ วันเฉลิมพระชนมพรรษา วันสงกรานต์ เป็นต้น

7. บริการด้านฌาปนกิจ ผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรมในศูนย์พัฒนา ฯ และไม่มีญาติจัดการศพให้ นั้น ศูนย์พัฒนาฯ จะจัดการศพโดยตั้งศพสวดอภิธรรมที่อาคารศาลาธรรมหนึ่งคืน แล้วนำไปเก็บไว้ที่วัดนิมมานรดี โดยจะทำการฌาปนกิจพร้อมกันในเดือน มีนาคม ของแต่ละปี และนำอัฐิส่วนหนึ่ง ไปลอยอังคารตามประเพณี อีกส่วนหนึ่งเก็บรวมไว้ภายในเจดีย์อัฐิของศูนย์พัฒนาฯ และทำบุญอุทิศ ให้ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ของทุกปี

ระดับการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

ผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการบริการของสถานสงเคราะห์จะได้รับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนการเข้าพัก โดยแบ่งออกเป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อเป็นการวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไป

1. ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเอง การส่งเสริมสุขภาพทั่วไป และป้องกันโรค เช่น ทารออกกำลังกาย วิธีดูแลตนเอง
2. ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะได้รับการรักษาและการดูแล โดยส่วนมากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะถูกแยกออกไปต่างหาก โดยอยู่ในอาคารมหาดไทย 100 ปี อาคารหอพักผู้ป่วย และอาคารพิบูลสุข โดยจะมีพี่เลี้ยงคอยดูแลการทำกิจวัตรประจำให้ผู้สูงอายุ

สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค สังกัดสำนักงานการสงเคราะห์ และสวัสดิภาพสังคม สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร

สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2539 อยู่ในความรับผิดชอบของสังกัดสำนักงานการสงเคราะห์ และสวัสดิภาพสังคม สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร⁽⁸²⁾

สถานที่ตั้ง และอาคารที่พัก

บ้านบางแค 2 ตั้งอยู่ที่ 1245 ซอย กาญจนานิกะ 008 แขวงบางแค เขตบางแค กรุงเทพมหานคร 10160

วัตถุประสงค์ในการก่อตั้ง

1. เพื่อให้บริการผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาทุกข์ยากเดือดร้อนไม่มีที่อยู่อาศัย ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู
2. เป็นศูนย์ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการซึ่งยังอาศัยอยู่กับครอบครัว
3. เป็นศูนย์ที่ให้บริการฟื้นฟูและพัฒนาแก่ผู้สูงอายุให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข
4. เป็นแหล่งเรียนรู้ ศึกษาดูงาน บำเพ็ญประโยชน์ และจัดกิจกรรมในรูปแบบต่างๆของหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและเอกชน

คุณสมบัติของผู้เข้ารับบริการ

1. มีสัญชาติไทย เพศหญิงอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีภูมิลำเนาในเขตกรุงเทพมหานคร
2. มีความสมัครใจ
3. ไม่เป็นผู้พิการทุพพลภาพ หรือสติปัญญาอ่อนไม่สมประกอบ
4. ไม่อยู่ระหว่างต้องหาว่ากระทำความผิดอาญาหรืออยู่ระหว่างสอบสวนของพนักงานเจ้าหน้าที่หรือดำเนินคดีอาญา
5. ไม่เป็นโรคเรื้อรังหรือโรคติดต่ออันตราย
6. เป็นผู้ประสบปัญหา คือ มีฐานะยากจน ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือ (รับเฉพาะบุคคลที่ไม่มีบุตรหลาน ญาติพี่น้อง)

การให้บริการแก่ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

- บริการด้านปัจจัยสี่
- บริการด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น
- บริการด้านกายภาพบำบัด

- บริการด้านอาชีพบำบัด
- บริการด้านสังคมสงเคราะห์
- บริการด้านนันทนาการ
- บริการศาสนกิจ
- บริการฌาปนกิจ
- อื่นๆ

จุดเด่นและจุดด้อยของสถานสงเคราะห์คนชรา

จุดเด่นของสถานสงเคราะห์คนชรา ⁽¹¹⁾ ได้แก่

1. ด้านบุคลากร มีจำนวนบุคลากรครบทุกตำแหน่งที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ตามที่กำหนดของกรมประชาสงเคราะห์กระทรวงแรงงานสวัสดิการสังคม โดยบุคลากรสำคัญ ในสถานสงเคราะห์ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ, นักจิตวิทยา, นักกายภาพบำบัด, ผู้ช่วยพยาบาล, ผู้ดูแลประจำหอพัก, นักสังคมสงเคราะห์
2. ด้านการบริการ มีการบริการครอบคลุมทั้งด้านสังคมและด้านสุขภาพ บริการพื้นฐานในการดำรงชีวิต ด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการรักษาพยาบาล ตลอดจนด้านการมีส่วนร่วมกับสังคม โดยมีปัจจัยที่ช่วยในการส่งเสริม การบริการคือ การมีนโยบายของภาครัฐและนโยบายในระดับหน่วยงานที่ชัดเจน, การก่อตั้งมูลนิธิของสถานสงเคราะห์, การได้รับความร่วมมือจากชุมชน บุคลากรและผู้บริหาร, ความสะดวกสบายในการเดินทาง
3. ด้านบริหาร จุดเด่นของการบริหารงานของสถานสงเคราะห์คือ การได้รับงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐและจากมูลนิธิ ช่วยลดข้อจำกัดด้านงบประมาณในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีการปรับทัศนียภาพให้มีความร่มรื่น สวยงาม เหมาะแก่การเข้าพัก

จุดด้อยของสถานสงเคราะห์คนชรา ⁽¹¹⁾ ได้แก่

1. การพัฒนาบุคลากร เนื่องจากข้อจำกัดของบุคลากรเนื่องจากบุคลากรมีอายุการทำงานที่นาน อายุที่มากขึ้น ไม่กระฉับกระเฉง ส่วนมากทำงานด้วยความเคยชิน ขาดความกระตือรือร้นและความทุ่มเทให้การบริการ มีความสนใจหาความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุน้อย ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับต่ำ ไม่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ ขาดทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า มีภาวะความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

2. จำนวนบุคลากร เนื่องจากการจำกัดของงบประมาณภาครัฐในการจัดจ้างบุคลากร ทำให้จำนวนบุคลากรต่อผู้สูงอายุแตกต่างกันมาก โดยพี่เลี้ยง 1 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุถึง 20 – 30 คน ในขณะที่อัตราที่เหมาะสมคือ 1:5 คนเท่านั้น
3. รูปแบบการทำงาน เนื่องจากในสถานสงเคราะห์มีการจัดแบ่งหน้าที่อย่างชัดเจน และไม่มีการก้าวร้าวหน้าที่กันซึ่งถือเป็นข้อดี แต่อย่างไรก็ตามบางครั้งอาจเกิดความคาดเคลื่อนในการประสานงาน มีการประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง และกิจกรรมบางอย่างขาดการวางแผนร่วมกันที่ดี
4. การให้บริการด้านอาหาร เนื่องจากโรคประจำตัวของผู้สูงอายุบางท่าน ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารของส่วนรวมได้ และทางสถานสงเคราะห์ก็ไม่ได้มีบริการแยกอาหารไว้เฉพาะรายบุคคล

สถานบริการดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชน

จากปัญหาการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องของประเทศไทยข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มากขึ้น แต่เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ ของภาครัฐ ทำให้ความทั่วถึง ครอบคลุมของการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในวงจำกัด ภาครัฐสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ประมาณร้อยละ 10 ของประชากรผู้สูงอายุทั่วทั้งประเทศ ซึ่งไม่พอเพียงกับความต้องการ อีกทั้งข้อจำกัดอื่นๆ ได้แก่ ระยะเวลาในการดำเนินการ ขั้นตอนในการดำเนินการ ความพร้อมของบุคลากร ทัศนคติด้านลบต่อสถานสงเคราะห์ภาครัฐ ความไม่พร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัย การขาดการบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ที่เจ็บป่วยและต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ก็เป็นอุปสรรคในการเข้ารับบริการ เนื่องจาก ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นการรับบริการของภาคเอกชน ก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุ

องค์กรที่ให้บริการผู้สูงอายุภาคเอกชน มีทั้งองค์กรที่ดำเนินการเชิงธุรกิจ และองค์กร ที่ไม่ได้ดำเนินการเชิงธุรกิจ เช่น มูลนิธิ หรือองค์กรการกุศล ซึ่งจะเน้นการให้บริการแก่กลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนและขาดที่พึ่งพาเท่านั้น ดังนั้นผู้สูงอายุและครอบครัวจึงหันมาใช้บริการ กับองค์กรภาคเอกชนที่เน้นผลกำไรมากกว่า ในปัจจุบันองค์กรที่ดำเนินเชิงธุรกิจมีจำนวนมากขึ้น และขยายตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้สูงอายุมีทางเลือกในการเลือกรับบริการสูงขึ้น และลักษณะการให้ บริการก็มีความหลากหลาย สามารถตอบสนองความต้องการได้ครอบคลุมมากกว่าภาครัฐ

แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีสถานบริการภาคเอกชนจำนวนหนึ่งที่ขออนุญาตใน การประกอบกิจการจากทางภาครัฐ เนื่องจากการขออนุญาตจะเป็นการเพิ่มความยุ่งยากในการ ประกอบธุรกิจ เพราะผู้ประกอบการต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดจากภาครัฐ อีกทั้งต้อง เสียค่า ธรรมเนียมการขอ

อนุญาต ค่าจ้างผู้ดูแลที่ผ่านหลักสูตรการอบรม ค่าใช้จ่ายในการก่อสร้าง อาคารสถานที่ให้เป็นไปตาม กฎหมายกำหนด เป็นต้น อีกทั้งการขาดบทบัญญัติทางกฎหมายที่ เหมาะสมเพื่อกำกับดูแลการ ประกอบธุรกิจให้บริการผู้สูงอายุและคุ้มครองผู้รับบริการจากภาครัฐ ทำให้องค์กรที่ให้บริการดูแล ผู้สูงอายุภาคเอกชนส่วนมากเปิดดำเนินการอย่างอิสระ ไม่มีมาตรฐาน ควบคุม ไม่มีข้อกำหนดยอมรับ การให้บริการ ดังนั้นผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการจึงมีความเสี่ยงสูง กว่า การเข้ารับบริการภาครัฐ⁽⁸⁰⁾

รูปแบบการให้บริการของภาคเอกชน⁽⁸³⁾

1. เนอร์สซิง แคร์

เป็นการบริการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและความเป็นอยู่โดยทั่วไป เช่น การให้บริการ ที่พักค้างคืน, การดูแลด้านความสะอาด เสื้อผ้า ที่พับ ตลอดจนการดูแลด้านอาหาร ความสะอาดของ ร่างกาย และการดูแลสุขภาพอย่างใกล้ชิด แต่ไม่ได้ให้การรักษายาบาล หากผู้สูงอายุต้องการรับการ รักษาจะมีการส่งต่อไปยังแผนกผู้ป่วยกรณีอยู่ในโรงพยาบาล หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียง กรณีที่ไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรม สันทนาการเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วม กิจกรรมกับสมาชิกคนอื่นๆ เช่น การออกกำลังกาย กิจกรรมวันปีใหม่ เป็นต้น การให้บริการแบบ เนอร์สซิง แคร์ มีทั้งรูปแบบ แบบไปเข้าเย็นกลับ และแบบอยู่ประจำ

2. การสงเคราะห์แบบไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจนไร้ญาติ

เน้นการบริการผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้ และหากรับการดูแลเป็น ระยะเวลาสั้นจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ก็จะดูแลจนกระทั่งเสียชีวิต หากต้องการการดูแล อาการเจ็บป่วยจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่าย ซึ่งส่วนใหญ่คือโรงพยาบาล ของ มูลนิธิต่างๆ มีบริการเรื่องที่พักอาศัย อาหาร ความสะอาด เสื้อผ้า ให้แก่ผู้สูงอายุ

3. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ

ให้บริการตรวจสุขภาพและคำแนะนำในการส่งเสริมดูแลสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การฝึกสมาธิ เป็นต้น โดยจะเน้นกลุ่มเป้าหมายในทุกวัย ไม่จำเพาะผู้สูงอายุเท่านั้น

4. ที่อยู่อาศัยเฉพาะผู้สูงอายุ

เป็นการให้บริการแก่ผู้สูงอายุหรือผู้ที่เตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ในการเช่าซื้อบ้านเป็น ระยะเวลา 30 ปี โดยสามารถอยู่อาศัยได้จนเสียชีวิต แต่ไม่สามารถมีกรรมสิทธิ์ในบ้านหลังนั้นได้ วัตถุประสงค์คือ เพื่อให้เป็นชุมชนสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ โดยมีการออกแบบที่เหมาะสมสำหรับ ผู้สูงอายุ เช่น เป็นบ้านชั้นเดียว มีการบริการสาธารณสุขที่ครบถ้วน เป็นต้น

5. การส่งผู้ดูแลไปดูแลที่บ้าน

เป็นบริการของบริษัทในเครือข่ายของโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุและจัดส่งไปตามบ้านพักอาศัย โดยทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการดูแลผลประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ และดูแลคุณภาพการบริการดูแลผู้สูงอายุให้แก่ครอบครัวผู้สูงอายุ

จุดเด่นและจุดด้อยของสถานบริการภาคเอกชน

จุดเด่นของสถานบริการภาคเอกชน ⁽¹¹⁾ ได้แก่

1. ด้านบุคลากร มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น เกสเซอร์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักโภชนาการ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถ อีกทั้งบุคลากรยังมีอัธยาศัยที่ดีกับผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญและให้เกียรติแก่ผู้สูงอายุ
2. ด้านการบริการ เนื่องจากสถานบริการภาคเอกชนมีเป้าหมายในการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและเครือข่ายผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุด ดังนั้นการให้บริการจึงเน้นความครอบคลุมครบถ้วน และมีมาตรฐาน มุ่งเน้นการบริการด้านสุขภาพในระดับสูง ได้แก่
 - การบริการด้านกิจวัตรประจำวัน เป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุตั้งแต่การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย ตลอดจนกิจวัตรประจำวันอื่นๆ
 - บริการดูแลสุขภาพ มีการวางแผนการดูแล โดยจะมีการประเมินผู้สูงอายุจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาวิชาชีพ และรายงานปัญหาที่พบ พร้อมทั้งทำการตกลงกับผู้สูงอายุ และเครือข่ายในการตัดสินใจวางแผนทางการดูแลผู้สูงอายุ
 - มีระบบติดตามอาการของผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง มีการให้การดูแลผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง และมีเจ้าหน้าที่คอยติดตามเช็คอาการของผู้สูงอายุทุกวัน วันละ 3 ครั้ง พร้อมทั้งมีการส่งเวรระหว่างเจ้าหน้าที่ดูแล
 - บริการฟื้นฟูสภาพ มีการให้บริการจากนักกายภาพบำบัดทุกๆสัปดาห์ มีกิจกรรมออกกำลังกายตอนเช้า การพาออกไปเดินเล่น และกิจกรรมพัฒนาสมอง
 - บริการกิจกรรมบำบัด มีการจัดกิจกรรมกลุ่มให้กับผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆในที่พัก ให้การส่งเสริมการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ
 - ระบบการส่งต่อ มีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่ผู้สูงอายุได้รับการรักษา โดยเป็นตัวกลางประสานงานกับญาติและโรงพยาบาล เมื่อผู้สูงอายุมีอาการดีขึ้นแล้วจึงกลับมารับการบริการดูแลดั้งเดิม

- การดูแลด้านสังคม เช่น การพาผู้สูงอายุออกไปเที่ยวข้างนอก จัดกิจกรรมวันสำคัญทางศาสนา และกิจกรรมในโอกาสอื่นๆ
 - การบริการดูแลหลากหลายรูปแบบ เช่นการดูแลแบบไปเช้าเย็นกลับ การดูแลแบบชั่วคราว และการดูแลแบบระยะยาว
3. ด้านการบริหาร มีการออกแบบสถานที่ให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ และมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลและมีมาตรการระวังอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด อีกทั้งมีการรักษาความปลอดภัยของอาคารสถานที่พักอย่างเข้มงวด

จุดด้อยของสถานบริการภาคเอกชน ⁽¹¹⁾ ได้แก่

1. จำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากสวัสดิการ และผลตอบแทนค่อนข้างน้อย ทำให้บุคลากรส่วนใหญ่ทำงานในระยะเวลาสั้นๆ และเปลี่ยนงานบ่อย
2. วุฒิภาวะของบุคลากร ผู้ช่วยหรือพี่เลี้ยงผู้สูงอายุส่วนมากมีการศึกษาดำ ขาดความรู้ความสามารถ และบางครั้งมีการแสดงกริยาที่ไม่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนตรนภา จัตรงค์แสง ⁽¹³⁾การเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์และความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ อาศัยอยู่ภายในและภายนอกสถานสงเคราะห์คนชรา โดยทำการศึกษาจากผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ใน บ้านบางแค จำนวน 142 ราย และผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของศูนย์บริการทางสังคมบ้านทิพย์สุคนธ์ จำนวน 100 ราย รวมทั้งสิ้น 242 ราย โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ด้วย แบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคล, แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าที่สร้างขึ้นเอง โดยแบบสอบถามอัตมโนทัศน์แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ แบบประเมินด้านร่างกาย, แบบประเมินด้านศีลธรรมจรรยา,แบบประเมินเกี่ยวกับตนเอง, แบบประเมินด้าน ครอบครัว,แบบประเมินด้านสังคม,แบบประเมินด้านการ วิชาชีพวิจารณ์ มีค่าความเชื่อมั่นคือ 0.9251 และแบบสอบถามภาวะ ซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย, ด้านอารมณ์,ด้านความคิดและการรับรู้ และด้านพฤติกรรม มีค่าความเชื่อมั่นคือ 0.9291 จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 25.4 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์มีภาวะซึมเศร้าที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ภายนอก ซึ่งปัจจัย ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในทางลบ

อัมภัสชา พานิชชอบ⁽²⁵⁾ ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค และสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 398 คน เป็นผู้สูงอายุบ้านบางแคจำนวน 203 คน ผู้สูงอายุเอกชนจำนวน 195 คน โดยเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอยู่ในสถานบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน อย่างน้อยเป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามสุขภาพจิตจุฬา และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุบ้านบางแคมีคุณภาพ ชีวิตระดับดี ร้อยละ 48.8 และผู้สูงอายุ ภาคเอกชนมีคุณภาพชีวิตระดับดี ร้อยละ 73.8 พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ เพศชาย ,อายุต่ำกว่า 70 ปี,การศึกษาระดับอนุปริญญา ขึ้นไป, อาชีพก่อนเกษียณคือรับราชการ,ก่อนเข้าพัก อยู่ร่วมกับคู่สมรส,พักอาศัยในบ้านของตนเอง, เข้ากันได้ดีกับสมาชิกในครอบครัว,สุขภาพแข็งแรง ,มีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และมีความพึงพอใจต่อสัมพันธ์ภาพทางสังคม และจากการ เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสภาพเศรษฐกิจ, สุขภาพ,สภาพแวดล้อม,การพึ่งพาตนเอง และคุณภาพชีวิตด้านรวมของผู้สูงอายุภาคเอกชนดีกว่าผู้สูงอายุบ้านบางแค ยกเว้นด้าน กิจกรรมที่ไม่มีความแตกต่างกัน

Pornren Sampao⁽²⁰⁾ ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ, ความสัมพันธ์ในครอบครัวและความว่าเหว ซึ่งส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 คน ในจังหวัดชัยนาท โดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, Modified Barthel ADL Index, the Chula ADL Index, แบบวัดสัมพันธ์ภาพในครอบครัว, แบบวัดภาวะว่าเหว และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย จากการศึกษพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีภาวะซึมเศร้า ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 37.5 ปัญหาสุขภาพ และความว่าเหวมีความสัมพันธ์กันกับภาวะซึมเศร้า ในทางบวก และความสามารถในการช่วยเหลือ ตนเองและสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมี ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในทางบวก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ ความไม่เพียงพอของรายได้,การขาดปฏิสัมพันธ์กับชุมชน

รวีวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล⁽²¹⁾ การศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุบ้านพักคนชราบ้านจันทบุรี โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุ ที่เข้ามารับบริการและพักอยู่ในสถานสงเคราะห์จันทบุรี จำนวน 78 คน โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล, แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเองของ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม ของ Rosenberg's self-esteem scale, แบบสอบถาม ความว่าเหวที่แปลมาจากแบบวัด UCLA Loneliness Scales และแบบสอบถามสุขภาพจิต (Thai GHQ) ผลการศึกษาพบว่า เพศชายและเพศ หญิงมีการเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความว่าเหวและสุขภาพจิต ปัจจัยด้านเพศไม่มีความแตกต่างกัน, ผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานมาเยี่ยมแตกต่างกัน มีความว่าเหว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ,สาเหตุที่เข้ามารับการสงเคราะห์แตกต่างกัน มี

การเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว่ และสุขภาพจิต ที่แตกต่างกันที่ระดับ 0.5, การเห็นคุณค่ากับความว่าเหว่ มีความสัมพันธ์กันในทางลบ , ความว่าเหว่กับสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กันในทางลบ และการเห็นคุณค่าในตนเองกับสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.1

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, หม่อมหลวงยุพดี ศิริวรรณและคณะ⁽⁸⁴⁾ คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปในพื้นที่ 4 ภาค และกรุงเทพมหานคร ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 9,632 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย 26 ข้อ, แบบวัดภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุไทย จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับกลาง คือ ร้อยละ 73.5 เพศชายมีคุณภาพชีวิตอยู่ใน ระดับดีสูงกว่าเพศหญิง, ผู้สูงอายุมี ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.5, เพศหญิง มีภาวะซึมเศร้ามากกว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ที่สัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ, อายุ, ศาสนา, สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา, ความสามารถในการอ่าน เขียน ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การประกอบอาชีพ , อาชีพที่ทำ, รายได้, ความเพียงพอของรายได้ ,สถานะทางการเงิน ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ การพึ่งพาผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน, ความสัมพันธ์กับ บุคคลในครอบครัว, การเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคม, การมีผู้มาปรึกษา/รับทุกข์, เหตุการณ์ที่ทำให้ ไม่สบายใจ ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่การดื่มสุรา, การสูบบุหรี่, การใช้สารเสพติด, การมองเห็น, การเจ็บป่วยด้วยโรค ประจำตัว ความกังวลกับโรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และการมีญาติป่วย ด้วยโรคทางจิต สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมใจ โชติพันธุ์⁽⁸⁵⁾ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับ ภาวะซึมเศร้า ในสถานสงเคราะห์บ้านบางแค โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน บ้านบางแค จำนวน 148 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย และ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยเก็บรวบรวม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 64.9 มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 37.8 ,ระดับการศึกษา, อาชีพ และระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และพบว่า เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, สาเหตุที่เข้ามาใช้บริการ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยที่แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน เชิงลบ อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.01 และพบว่าปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีส่วนร่วมทางสังคม, ความใกล้ชิดผูกพันรักใคร่ และความมั่นใจในการมีคุณค่าแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อรสา ไยยง และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย⁽⁸⁶⁾ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์โศกเศร้า จากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล,แบบประเมินอารมณ์โศกเศร้าจาก การสูญเสียที่ผิดปกติ,แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย,แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ ของครอบครัว โดยการประเมินตนเอง ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป,สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง /หรือแยกกันอยู่,ไม่ได้รับการศึกษา,ไม่ได้ประกอบอาชีพ,ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน,ไม่ได้รับรายได้จากการประกอบอาชีพ,ฐานะการเงินของครอบครัวไม่เพียงพอ, ที่พักอาศัยไม่โอชะของตน,การไม่ได้อยู่กับคู่สมรส,การอยู่คนเดียว,การมีโรคประจำตัวทางกาย, ประวัติอาการทางจิตเวช,การใช้สารเสพติด,การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดโดยไม่คาดคิด,สัมพันธ์ และหน้าที่ของครอบครัวไม่ดี

Yun-Fang Tsai⁽⁸⁷⁾ที่ศึกษาเกี่ยวกับ Self-Care Management และปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในเนอร์ซิงโฮม ประเทศไต้หวัน โดยศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 220 คน โดยใช้เครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามส่วนบุคคล, แบบสอบถาม GDS-S และแบบสอบถามประเมินตนเองเกี่ยวกับวิธีการรับมือกับภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 55 โดยมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 42 ที่ใช้ self-care strategies ในการรับมือกับภาวะซึมเศร้า วิธีการส่วน มากที่ผู้สูงอายุนิยมใช้คือ “การออกไปเดินเล่น” ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความพึงพอใจต่อความเป็นอยู่ของตนเอง,การรับรู้ถึงภาวะสุขภาพ,การทำกิจกรรม และการมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในที่พักอาศัย

K. Jongenelis และคณะ⁽⁸⁸⁾ศึกษาความชุกและปัจจัยป้องกันของภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในเนอร์ซิงโฮม ทางตอนเหนือของประเทศเนเธอร์แลนด์ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 333 คน จากเนอร์ซิงโฮมจำนวน 14 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบสอบถาม GDS ใช้เกณฑ์คะแนนในการ ตัดสินภาวะซึมเศร้าที่มากกว่า 10 คะแนน, ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และระดับสูงใช้การ ประเมินจาก DSM-IV Criteria จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าในระดับสูง ร้อยละ 8.1 ความซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 14.1ขณะที่ผู้สูงอายुर้อยละ 24 มีภาวะซึมเศร้าในระดับ sub-clinical ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความเจ็บปวด,ภาวะทุพพลภาพ,ปัญหาด้าน การมองเห็น,ความว้าวุ่น,การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม, ประสบการณ์ชีวิตในด้านลบ และการไม่ ได้รับการดูแลใส่ใจที่เพียงพอ

Rukuye Aylaz และคณะ⁽⁸⁹⁾ ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความว่าเหวในผู้สูงอายุ และการตรวจสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะทั้งสอง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 913 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการลงทะเบียนที่ศูนย์ดูแลสุขภาพครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบประเมินตนเอง Geriatric Depression Scale (GDS) และ UCLA Loneliness Scale (ULS) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะทั้งสองได้แก่ การมีส่วนร่วมในชุมชน, ความรู้สึกปลอดภัยมั่นคง, การมีรายได้ในระดับสูง และพบว่าภาวะซึมเศร้าและความว่าเหวมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.608, p < 0.001$).

Djernes JK⁽⁹⁰⁾ ที่ทำการทบทวนความชุกและปัจจัยทำนาย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993 จนถึงวันที่ 31 กันยายน ค.ศ. 2004 พบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในบ้านพักของตนเองมีภาวะซึมเศร้าระดับสูงตั้งแต่ร้อยละ 0.9 – 9.4 และพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ระดับสูงร้อยละ 14 – 42 ส่วนผู้สูงอายุที่มีการแสดงของอาการทางคลินิกของภาวะซึมเศร้าพบร้อยละ 7.2 – 49 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศหญิง, อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย, cognitive impairment, functional impairment, การขาดปฏิสัมพันธ์กับสังคม และการมีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยในรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study) โดยศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 295 คน ที่พักอาศัยในบ้านพัก คนชราบ้านบางแค 1 สังกัดกรมประชาสงเคราะห์กระทรวงแรงงานสวัสดิการสังคม, บ้านบางแค 2 สังกัดสำนักงานการสงเคราะห์และสวัสดิภาพสังคม สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร และผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานบริการภาคเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราหรือ สถานที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชน

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา และสถานที่พักอาศัยของผู้สูงอายุทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร

ประชากรตัวอย่าง (Sampled Population) คือ ผู้สูงอายุที่มีเกณฑ์อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งพักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 1 สังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานสวัสดิการสังคม, บ้านบางแค 2 สังกัดสำนักงานการสงเคราะห์และสวัสดิภาพสังคม สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร และผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานที่พักเอกชนในเขต กรุงเทพมหานคร โดยเป็นผู้ที่พักอาศัยในสถานที่พักอย่างน้อยเป็นเวลา 6 เดือน ต้องเป็นผู้ที่สามารถสื่อสารได้และ เข้าใจ ตอบคำถามได้ สามารถรับรู้ วัน เวลา สถานที่ ได้ตรงตามความเป็นจริง ไม่มีภาวะบกพร่องของความจำ การได้ยิน หรือการพูด และมีความยินดีในการเข้าร่วมงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) คือ ผู้สูงอายุที่มีเกณฑ์อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งพักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 1 สังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานสวัสดิการสังคม , บ้านบางแค 2 สังกัดสำนักงานการสงเคราะห์และสวัสดิภาพสังคม สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร และผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริการภาคเอกชนใน เขตกรุงเทพมหานคร โดยมีเกณฑ์คือเป็นผู้ที่พักอาศัยในสถานที่พักอย่างน้อยเป็นเวลา 6 เดือน ต้องเป็นผู้ที่สามารถสื่อสารและ เข้าใจ ตอบคำถามได้ ไม่มีภาวะ บกพร่องของความจำ การได้ยินหรือการพูด สามารถรับรู้ วัน เวลา

สถานที่ ได้ตรงตาม ความเป็นจริง และมีความยินดีในการเข้าร่วมงานวิจัย โดยเก็บข้อมูลภายใน เดือน กันยายน - พฤศจิกายน ปี พ.ศ. 2556

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

$$\text{โดยใช้สูตร} \quad n = \frac{Z_{(a/2)}^2 PQ}{d^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

$Z_{a/2}$ = 1.96 ที่ระดับความเชื่อมั่นในการสรุปข้อมูลเท่ากับ 95 %

p = ความชุกจากงานวิจัยของ Dan Li และคณะ⁽⁹¹⁾ศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเชื้อสายจีน พบค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 24 % จึงนำมาคำนวณ เพื่อหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง (ค่าประมาณ $p= 0.24$)

q = $1- p = 0.76$

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ (acceptable error) = 0.05 n

$$\text{แทนค่า} \quad n = \frac{(1.96)^2(0.24)(0.76)}{(0.05)^2}$$

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง = 280.28 คน

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูลการวิจัย จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 5 %

ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างประมาณ = 295 คน

การสุ่มตัวอย่าง (Sampling Techniques)

วิธีการสุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งประเภทของสถานที่พักอาศัยของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ สถานที่พักของผู้สูงอายุ ในสังกัดของภาครัฐบาล และสถานบริการผู้สูงอายุในสังกัดของเอกชนได้ ดังต่อไปนี้

สถานที่พักของผู้สูงอายุในสังกัดของรัฐบาล 2 แห่ง ได้แก่ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 1 สังกัดกรมประชาสงเคราะห์กระทรวงแรงงานสวัสดิการสังคม ,สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 สังกัดสำนักงานการสงเคราะห์และสวัสดิภาพสังคม สำนักพัฒนาสังคมกรุงเทพมหานคร สถานที่พักของผู้สูงอายุในสังกัดภาคเอกชน 17 แห่ง ⁽²⁵⁾ ได้แก่ โรงพยาบาลเดอะซีเนียร์, โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท, โรงพยาบาลมิชชั่น, โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์, โรงพยาบาลยันฮี, โรงพยาบาลหัวเฉียว, ภัทรพิบาล เนอร์สซิงโฮม, นวศรีเนอร์สซิงโฮม, ดวงใจเนอร์สซิงโฮม, วรารธรรมเนอร์สซิงโฮม, ศุภเวชเนอร์สซิงโฮม, โกลเด้นแคร์ เนอร์สซิงโฮม, โกลเด้นไลฟ์ เนอร์สซิงโฮม, ซีเนียร์แคร์ เนอร์สซิงโฮม, บางกอก เนอร์สซิงโฮม, ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุลิฟวิ่งเวล และบ้านดูแลผู้สูงอายุอนุภาโฮมแคร์

ขั้นตอนที่ 2 เลือกสถานที่เก็บข้อมูลของผู้สูงอายุจากทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

ภาครัฐบาล ได้แก่ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 1 สังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานสวัสดิการสังคม และสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 สังกัดสำนักงานการสงเคราะห์และสวัสดิภาพสังคม สำนักพัฒนาสังคมกรุงเทพมหานคร

ภาคเอกชน จากการสุ่มจับฉลากเลือกสถานที่พักจำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง, โรงพยาบาลเดอะซีเนียร์, โรงพยาบาลหัวเฉียว,ดวงใจเนอร์สซิงโฮม และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุลิฟวิ่งเวล ในกรณีที่สถานที่ที่สุ่มจับฉลากได้ไม่พร้อมในการเข้าไปเก็บข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยจะทำการสุ่มจับฉลากสถานที่ใหม่

ขั้นตอนที่ 3 แบ่งสัดส่วนของจำนวนประชากรในแต่ละสังกัด เพื่อคำนวณจำนวน กลุ่มตัวอย่างที่ต้องสุ่มเก็บในแต่ละสถานที่โดยสถานที่พักอาศัยสังกัดภาครัฐบาล มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 337 คน สังกัดภาคเอกชน 350 คน คิดเป็นอัตราส่วนประมาณ 1:1 จึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นภาครัฐบาล 145 คน ภาคเอกชน145 คน ทำการสุ่มจับฉลากผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 1 สังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงาน สวัสดิการสังคม จำนวน 239 คน ทำการสุ่มเก็บข้อมูลจำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ของ จำนวน ผู้สูงอายุทั้งหมดของสังกัดภาครัฐบาล

สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 สังกัดสำนักงานการสงเคราะห์และสวัสดิภาพสังคม สำนักพัฒนาสังคมกรุงเทพมหานคร จำนวน 98 คน ทำการสุ่มเก็บข้อมูลจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 13 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดของ สังกัดภาครัฐบาล

สถานที่พักผู้สูงอายุภาคเอกชน จำนวน 5 แห่ง แบ่งเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างแห่งละ 29 คน หรือเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าได้กับเกณฑ์การคัดเลือกของงานวิจัย เท่าที่สถานที่พักแห่งนั้น สามารถให้ข้อมูลได้

หากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การวิจัยทั้งภาครัฐหรือเอกชนมี จำนวนต่ำกว่า 145 คน ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากภาคใดภาคหนึ่งเพิ่มเพื่อให้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใกล้เคียงกับขนาดที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้ในข้างต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา รายได้และความเพียงพอของรายได้ และ โรคประจำตัวจากการวินิจฉัยของแพทย์

ด้านปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน ความสัมพันธ์ในกลุ่มเครือญาติ และ ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล

ด้านปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ประเภทของที่พักอาศัย การตัดสินใจเข้าพัก ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย จำนวนสมาชิกในห้องพัก การให้บริการ และการเข้าร่วมกิจกรรม

ส่วนที่ 2

แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนี้มีเนื้อหาครอบคลุมอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ ความรู้สึก ด้านการรู้คิด และพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ที่พัฒนาขึ้นโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย ซึ่งนิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ⁽²⁶⁾ ประกอบด้วยกลุ่มบรรดาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้สูงอายุ พยาบาล จิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยาจากหลายสถาบันทั่วประเทศ นำไปประเมินในผู้สูงอายุที่ สถานสงเคราะห์ ผู้สูงอายุบ้านบางแค 2 และ มูลนิธิวัฒนานิवास จังหวัดสมุทรปราการ พบว่ามีค่า

สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค(Alpha-Cronbach Coefficient)ความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.86 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ การกำหนดคะแนนโดย การวัดคะแนนข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27, 29,30 ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือ ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ 1 คะแนน โดยมีการแปลผลดังนี้

ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ปกติ)	มีคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 12 คะแนน
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	มีคะแนนอยู่ในช่วง 13 – 18 คะแนน
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	มีคะแนนอยู่ในช่วง 19 – 24 คะแนน
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	มีคะแนนอยู่ในช่วง 25 – 30 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินความว่าเหว่

แบบสอบถามมาจากแบบวัดความว่าเหว่ของ วัลลภา โคสิตานนท์⁽²⁷⁾ที่แปลและดัดแปลง มาจากแบบวัด UCLA Loneliness Scale Version 3 ของ Russell โดย วัลลภา โคสิตานนท์ นำไปใช้ในการประเมินผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศน์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค 0.99 ประกอบด้วย ข้อคำถามปลายปิด จำนวน 24 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกจำนวน 9 ข้อ และทางลบจำนวน 15 ข้อดังนี้ ข้อคำถามทางบวก ได้แก่ 1,5,6,9,10,15,16,18, 19 ข้อคำถามทางลบ ได้แก่ 2,3,4,7,8,11,12,13,14,17,20,21,22,23, 24 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยมีการให้ คะแนนและการแปลผล ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คำถามทางบวก(คะแนน)	คำถามทางลบ(คะแนน)
บ่อยมาก/เป็นประจำ	1	4
บ่อย	2	3
นานๆครั้ง	3	2
ไม่เคยเลย	4	1

โดยใช้ค่าคะแนนแบบอิงเกณฑ์ ประยุกต์จากหลักเกณฑ์โดยแบ่งตามแบบของประคอง กรรณสูต (2538) มีเกณฑ์การแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
ช่วงคะแนน 3.01 – 4.00 คะแนน	ความว่าเหวของผู้สูงอายุในระดับสูง
ช่วงคะแนน 2.01 – 3.00 คะแนน	ความว่าเหวของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน 1.00 – 2.00 คะแนน	ความว่าเหวของผู้สูงอายุในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง

แบบสอบถามมาจากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของ เยวาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์⁽²⁸⁾ โดยแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยมาจากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self Esteem Scale 1965) โดยได้นำไปใช้ประเมินในผู้สูงอายุ 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราวน์ 0.87 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกจำนวน 5 ข้อ และทางลบจำนวน 5 ข้อ ดังนี้ ข้อคำถามทางบวก ได้แก่ 1,2,4,6,7 ข้อคำถามทางลบ ได้แก่ 3,5,8,9,10

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า(Rating scale) 4 ระดับ โดยมีการให้คะแนนและการแปลผล ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คำถามทางบวก(คะแนน)	คำถามทางลบ(คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

การแปลความหมายคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
คะแนนอยู่ในช่วง 31 - 40 คะแนน	ผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง
คะแนนอยู่ในช่วง 21 - 30 คะแนน	ผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนอยู่ในช่วง 10 - 20 คะแนน	ผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงอธิบดีกรมประชาสงเคราะห์ ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค 1 และ ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสังคมกรุงเทพมหานคร บ้านบางแค 2 ผู้อำนวยการสถานบริการผู้สูงอายุเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อเสนอเรื่องขออนุมัติในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยติดต่ออธิบดีกรมประชาสงเคราะห์ ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร และผู้ปกครอง สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค 1 บ้านบางแค 2 ผู้อำนวยการสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนแต่ละแห่งในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุด้วยตนเอง จากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามประเมินความวิตกกังวล และแบบสอบถามประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัยวิธีการเก็บข้อมูล รวมทั้งอธิบายประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากงานวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทราบ หากผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีความสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย ผู้วิจัยยินดีในการตอบข้อสงสัย จนกว่าผู้เข้าร่วมงานวิจัยเข้าใจ โดยผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมงานวิจัยหรือไม่ก็ได้ ก่อนลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย โดยผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัยประมาณท่านละ 30 – 45 นาที

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้เพื่อให้ได้คำตอบที่มีความสมบูรณ์มากที่สุดเพื่อจะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มารวบรวมเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Statistic Package for the Social Science (SPSS) for Windows version 17
2. นำข้อมูลทั่วไปมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปและปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องใน ด้านต่างๆของ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่ามัธยฐาน
3. หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติเชิงอนุมานทดสอบ ได้แก่ Chi-square test ,T-test หรือ ANOVA ตามความเหมาะสม โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับน้อยกว่า 0.05
4. หาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความว่าเหวและการเห็นคุณค่าในตนเองโดยใช้สถิติ Pearson product moment correlation coefficient
5. หาปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression Analysis

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนา ศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะซึมเศร้า รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ ณ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 295 คน โดยแบ่งเป็นสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค โดยผู้วิจัย นำเสนอข้อมูลในรูปแบบตาราง แบ่งออกเป็น 3 ส่วนตามลำดับดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล โดยแสดงในรูปแบบของจำนวนและร้อยละ ประกอบด้วย 3 ส่วน

- 1.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล, ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ, ข้อมูลด้านสุขภาพ
- 1.2 ข้อมูลด้านจิตสังคม ประกอบด้วย ข้อมูลการดูแลตนเอง, ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
- 1.3 ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย สภาพที่พักอาศัย, ความพึงพอใจต่อบริการ, การทำกิจกรรม

ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

- 2.1 ค่าคะแนนความซึมเศร้า ว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเอง
- 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของภาวะซึมเศร้า
- 2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า การเห็นคุณค่าในตนเอง และ ความว่าเหว

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้า

- 3.1 ปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้า

ตอนที่ 1 **ปัจจัยส่วนบุคคล**

ส่วนที่ 1 **ข้อมูลทั่วไป**

1.1 **ข้อมูลส่วนบุคคล**

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลส่วนบุคคลโดยจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตรและระดับการศึกษาสูงสุด ของกลุ่มตัวอย่าง 295 คน

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	87	29.5
หญิง	208	70.5
อายุ		
60 – 70 ปี	51	17.3
71 – 80 ปี	119	40.3
81 – 90 ปี	106	35.9
มากกว่า 90 ปี	19	6.5
Mean±S.D.=78.43±8.30,Min=60,Max=100		
สถานภาพสมรส(ก่อนเข้าพัก)		
โสด	96	32.5
สมรส อยู่ด้วยกัน	34	11.5
สมรส แยกกันอยู่	31	10.5
หม้าย หย่าร้าง	13	4.50
หม้าย คู่สมรสเสียชีวิต	121	41.0
จำนวนบุตร		
ไม่มีบุตร	136	46.1
มีบุตร 1 – 3 คน	121	41.0
มีบุตร 4 – 6 คน	33	11.2
มีบุตรมากกว่า 6 คน	5	1.70
Mean±S.D.=2.64±1.64,Min=1,Max=10		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	48	16.3
ประถมศึกษาชั้นต้น (ป. 1 – ป. 3)	20	6.8
ประถมศึกษาชั้นปลาย (ป. 4 – ป.6)	104	35.3
มัธยมศึกษาชั้นต้น (ม.1- ม.3)	33	11.2
มัธยมศึกษาชั้นปลาย (ม.4- ม.6 / ปวช.)	44	14.8
อนุปริญญา / ปวส.	16	5.4
ปริญญาตรี	26	8.8
อื่นๆ (ปริญญาโท/ปริญญาเอก)	4	1.4

จากตารางที่ 1 พบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.5 มีอายุอยู่ระหว่าง 71 - 80 ปี ร้อยละ 40.3 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 78.43 ปี และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเท่ากับ 8.30 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีสถานภาพสมรสคือ หม้าย(คู่สมรสเสียชีวิต) ร้อยละ 41.0 และไม่มีบุตร ร้อยละ 46.1 จบการศึกษาระดับสูงสุดคือประถมศึกษาชั้นปลาย (ป.4 – ป.6) ร้อยละ 35.3

1.2 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลด้านเศรษฐกิจโดยจำแนกตามรายได้ในปัจจุบัน แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ของกลุ่มตัวอย่าง 295 คน

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ในปัจจุบัน		
ไม่มีรายได้	159	53.9
มีรายได้ต่อเดือน	136	46.1
มีรายได้ 100 – 500 บาท	24	8.1
มีรายได้ 501 – 1000 บาท	11	3.7
มีรายได้ 1001 – 5000 บาท	35	11.9
มีรายได้ 5001 – 10000 บาท	35	11.9
มีรายได้มากกว่า 10000 บาท	31	10.5
แหล่งที่มาของรายได้		
ไม่มีรายได้	159	53.9
เงินเก็บสะสม/มรดก	32	10.8
เงินบำเหน็จ / บำนาญ	46	15.6
कुสมรส บุตร หรือญาติ	24	8.1
ดอกเบี้ย / ปันผล	12	4.1
แหล่งอื่นๆ	22	7.5
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอและเหลือเก็บ	44	14.9
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	51	17.3
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	183	62.0
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	17	5.8

จากตารางที่ 2 กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 53.9 แหล่งที่มาของรายได้คือ เงินบำเหน็จบำนาญ ร้อยละ 15.6 และความเพียงพอของรายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 62.0

1.3 ข้อมูลด้านสุขภาพ

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลด้านสุขภาพ โดยจำแนกตามปัญหาสุขภาพในปัจจุบันตามการวินิจฉัยทางการแพทย์ ของกลุ่มตัวอย่าง 295 คน

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาสุขภาพ (จากการวินิจฉัยโดยแพทย์)		
สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว	14	4.7
มีปัญหาสุขภาพ	281	95.3
โรคทางระบบประสาท	72	24.4
โรคทางคอ หู เช่น โรคหวัด ไซนัส ฯลฯ	9	3.1
โรคทางตา การมองเห็น เช่น ตาฝ้า ตอกระจก ฯลฯ	71	24.1
โรคทางหู การได้ยิน เช่น หูตึง หูอื้อเสบ ฯลฯ	26	8.8
โรคในช่องปากและฟัน เช่น ฟันผุ ปวดฟัน ฯลฯ	47	15.9
โรคหัวใจ หลอดเลือดหัวใจ	86	29.2
โรคความดันโลหิต	165	55.9
โรคเบาหวาน	88	29.8
โรคทางระบบหายใจ เช่น หืด หอบ ฯลฯ	16	5.4
โรกระบบกระเพาะอาหารหรือทางเดินอาหาร	13	4.4
โรคทางระบบขับถ่าย	16	5.4
โรคทางระบบทางเดินปัสสาวะ	19	6.4
โรคกระดูก	86	29.2
โรคปวดเรื้อรัง เช่น ปวดข้อ ปวดเข่า ปวดหลัง	106	35.9
โรคทางจิตเวช เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า	18	6.1

จากตารางที่ 3 ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 95.3 โดยปัญหาสุขภาพ ที่พบมากคือภาวะความดันโลหิต ร้อยละ 55.9

ส่วนที่ 2 **ข้อมูลด้านจิตสังคม**
2.1 **ข้อมูลการดูแลตนเอง**

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลการดูแลตนเอง โดยจำแนกตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง, ความสามารถในการดูแลตนเอง, ความพึงพอใจในการดูแลตนเอง, ความสามารถในการเดินทางไปพบปะบุคคลอื่นในสถานที่พักของกลุ่มตัวอย่าง 295 คน

ข้อมูลการดูแลตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน		
ดี ไม่จำเป็นต้องมีคนช่วย	178	60.3
ปานกลาง ต้องมีคนช่วยบ้าง บางครั้ง	78	26.4
น้อย จำเป็นต้องมีคนช่วยตลอด	39	13.3
ความสามารถดูแลตนเองได้		
ดี ไม่จำเป็นต้องมีคนช่วย	164	55.6
ปานกลาง ต้องมีคนช่วยบ้าง บางครั้ง	84	28.5
น้อย จำเป็นต้องมีคนช่วยตลอด	47	15.9
ความรู้สึกพึงพอใจในความสามารถในการดูแลตนเอง		
พึงพอใจมากที่สุด	44	14.9
พึงพอใจมาก	114	38.6
พึงพอใจปานกลาง	106	36.0
พึงพอใจน้อย	30	10.2
พึงพอใจน้อยที่สุด	1	0.3
ความสามารถเดินทางด้วยตนเองเพื่อไปพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่นในสถานที่พัก		
ดี ไม่จำเป็นต้องมีคนช่วย	150	50.8
ปานกลาง ต้องมีคนช่วยบ้าง บางครั้ง	87	29.5
น้อย จำเป็นต้องมีคนช่วยตลอด	58	19.7

จากตารางที่ 4 ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดี ร้อยละ 60.3 มีความสามารถดูแลตนเองได้ ดี ร้อยละ 55.6 มีความพึงพอใจมาก ในความสามารถในการดูแลตนเอง ร้อยละ 38.6 และสามารถเดินทางไปพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่นในสถานที่พักได้ ดี ไม่จำเป็นต้องมีคนช่วย ร้อยละ 50.8

2.2 ข้อมูลความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยจำแนกตาม ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกท่านอื่นในสถานที่พัก, ความสัมพันธ์ในกลุ่มเครือข่าย, ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน(ก่อนเข้าพัก) , ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลประจำ(หลังเข้าพัก) ของกลุ่มตัวอย่าง 295 คน

ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกท่านอื่นในสถานที่พัก		
เข้ากันได้ดี ไม่ค่อยทะเลาะกัน	103	34.9
ทะเลาะกันบ้าง นานๆ ครั้ง	43	14.6
ทะเลาะกันเป็นประจำแต่ไม่รุนแรง	22	7.5
ทะเลาะกันรุนแรงเป็นประจำ	8	2.7
ไม่ค่อยได้พูดคุยกันมากนัก	119	40.3
จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยม (ภายในระยะเวลา 6 เดือน)		
ไม่มีญาติมิตร	53	18.0
ไม่เคยมาเยี่ยมเลย	45	15.3
มาเยี่ยม 1 - 3 ครั้ง	64	21.7
มาเยี่ยม 4- 6 ครั้ง	59	20.0
มากกว่า 6 ครั้ง	74	25.0

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวที่อาศัย อยู่บ้านเดียวกัน		
(ก่อนเข้าพัก)		
พักอาศัยอยู่คนเดียว	53	18.0
เข้ากันได้ดี ไม่ค่อยทะเลาะกัน	91	30.8
ทะเลาะกันบ้าง นานๆ ครั้ง	33	11.2
ทะเลาะกันเป็นประจำแต่ไม่รุนแรง	25	8.5
ทะเลาะกันรุนแรงเป็นประจำ	20	6.8
ไม่ค่อยได้พูดคุยกันมากนัก	73	24.7
ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลประจำ (หลังเข้าพัก)		
ดี มากที่สุด	14	4.8
ดีมาก	40	13.6
ดี	129	43.7
ปานกลาง	88	29.8
น้อย	18	6.1
น้อยที่สุด	6	2.0

จากตารางที่ 5 ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้พูดคุยกับสมาชิกท่านอื่นในสถานที่พัก ร้อยละ 40.3 จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยมมากกว่า 6 ครั้ง (ภายในระยะเวลา 6 เดือน) ร้อยละ 25.0 เข้ากันได้ดี ไม่ค่อยทะเลาะกัน กับสมาชิกในครอบครัว(ก่อนเข้าพัก) ร้อยละ 30.8 และความสัมพันธ์กับผู้ดูแลประจำ (หลังเข้าพัก) ระดับดี ร้อยละ 43.7

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม

3.1 สภาพที่พักอาศัย

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลสภาพที่พักอาศัยโดยจำแนกตามประเภทที่พักอาศัย, การตัดสินใจเข้าพัก, ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย, จำนวนสมาชิกในห้องพัก ของกลุ่มตัวอย่าง 295 คน

สภาพที่พักอาศัย	จำนวน	ร้อยละ
การตัดสินใจเข้าพักอาศัย		
ตัดสินใจเข้าพักด้วยตนเอง	137	46.4
ไม่มีผู้ดูแล	135	45.8
มีปัญหาความสัมพันธ์	52	17.6
มีผู้อื่นตัดสินใจให้	158	53.6
บุตรหลาน/ญาติ	121	41.0
บุคคลอื่น	37	12.5
ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย		
พึงพอใจมากที่สุด	32	10.9
พึงพอใจมาก	79	26.8
พึงพอใจปานกลาง	146	49.5
พึงพอใจน้อย	34	11.5
พึงพอใจน้อยที่สุด	4	1.3

ตารางที่ 6(ต่อ)

สภาพที่พักอาศัย	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในห้องพัก		
พักอยู่คนเดียว	59	20.0
พักอยู่รวมกัน	236	80.0
พักรวมกัน 2 – 5 คน	92	31.2
พักรวมกัน 6 – 10 คน	93	31.5
พักรวมกันมากกว่า 10 คน	51	17.3

จากตารางที่ 6 พบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้เหตุผลในการเข้าพักเนื่องจากไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 46.4 มีผู้อื่นตัดสินใจให้ในการเข้าพัก ร้อยละ 53.6 โดยผู้ที่ตัดสินใจให้คือ บุตร/หลาน/ญาติ ร้อยละ 41.0 ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.5 ที่พักอาศัยอยู่รวมกัน ร้อยละ 80.0 โดยพักอยู่รวมกัน 6-10 คน ร้อยละ 31.5

3.2 ความพึงพอใจต่อบริการ

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลความพึงพอใจต่อบริการ โดยจำแนกตามความพึงพอใจด้านอาหาร,ความสะอาด,การบริการจากเจ้าหน้าที่,การให้คำปรึกษา/ความใส่ใจจากเจ้าหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง 295 คน

ความพึงพอใจต่อบริการ	จำนวน	ร้อยละ
อาหาร (จำนวน,ปริมาณ,รสชาติ,คุณภาพ)		
มากที่สุด/มาก	57	19.3
ปานกลาง	180	61.0
น้อย/น้อยที่สุด	58	19.7
ความสะอาด (ห้องพัก,ของใช้ส่วนตัว,ที่ส่วนรวม)		
มากที่สุด/มาก	167	56.6
ปานกลาง	121	41.0
น้อย/น้อยที่สุด	7	2.4
การให้บริการของเจ้าหน้าที่		
มากที่สุด/มาก	140	47.5
ปานกลาง	118	40.0
น้อย/น้อยที่สุด	37	12.5
การให้คำปรึกษา/ความใส่ใจจากเจ้าหน้าที่		
มากที่สุด/มาก	73	24.7
ปานกลาง	107	36.3
น้อย/น้อยที่สุด	115	39.0

จากตารางที่ 7 พบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พึงพอใจในบริการด้านอาหารในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.0 ความสะอาดอยู่ในระดับ มากที่สุด/มาก ร้อยละ 56.6 การบริการของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับ มากที่สุด/มาก ร้อยละ 47.5 และการให้คำปรึกษา/ใส่ใจจากเจ้าหน้าที่อยู่ระดับน้อย/น้อยที่สุด ร้อยละ 39.0

3.2 การทำกิจกรรม

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลการเข้าร่วมทำกิจกรรม โดยจำแนกตาม กิจกรรมอาสาสมัคร, กิจกรรมนันทนาการ, กิจกรรมทางศาสนา, กิจกรรมด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง 295 คน

การทำกิจกรรม	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมอาสาสมัคร (งานประดิษฐ์/การทำอาหาร)		
มากที่สุด/มาก	36	12.2
ปานกลาง	42	14.2
น้อย/น้อยที่สุด	217	73.6
กิจกรรมนันทนาการ(งานปีใหม่/วันผู้สูงอายุ/ท่องเที่ยว)มาก		
ที่สุด/มาก	57	19.3
ปานกลาง	98	33.2
น้อย/น้อยที่สุด	140	47.5
กิจกรรมทางศาสนา(ฟังธรรม/ตักบาตร/นั่งสมาธิ)		
มากที่สุด/มาก	102	34.6
ปานกลาง	117	39.7
น้อย/น้อยที่สุด	76	25.7
กิจกรรมด้านการสุขภาพ (การออกกำลังกาย/กายภาพบำบัด)		
มากที่สุด/มาก	128	43.4
ปานกลาง	89	30.2
น้อย/น้อยที่สุด	78	26.4

จากตารางที่ 8 ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าร่วมทำกิจกรรมอาสาสมัครอยู่ในระดับน้อย/น้อยที่สุด ร้อยละ 73.6 กิจกรรมนันทนาการระดับ น้อย/น้อยที่สุด ร้อยละ 47.5 กิจกรรมทางศาสนามากที่สุด ร้อยละ 39.7 และกิจกรรมด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด/มาก ร้อยละ 43.4

ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเอง

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านสุขภาพจิต โดยจำแนกเป็นภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มตัวอย่าง 295 คน

ภาวะทางสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)	126	42.7
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	76	25.8
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	72	24.4
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	21	7.1
Mean±S.D.= 14.40±6.87,Min=1,Max=29		
ความว่าเหว		
ความว่าเหวของผู้สูงอายุในระดับสูง	90	30.5
ความว่าเหวของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง	106	35.9
คะแนนความว่าเหวของผู้สูงอายุในระดับต่ำ	99	33.6
Mean±S.D.= 2.53±0.67,Min=1.29,Max=3.92		
การเห็นคุณค่าในตนเอง		
ผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง	116	39.3
ผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง	143	48.5
ผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ	36	12.2
Mean±S.D.= 28.29±5.85,Min=13,Max=40		

จากตารางที่ 9 พบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 57.3 แบ่งออกเป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ) ร้อยละ 42.7 ซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 25.8 ซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 24.4 และซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 7.1 มีความว่าเหวในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.9 รองลงมาคือ ความว่าเหวในระดับต่ำ ร้อยละ 33.6 และว่าเหวระดับสูง ร้อยละ 30.5 ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.5 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 39.3 และระดับต่ำร้อยละ 12.2

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

2.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (n=295)				X ²	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=126)		มีภาวะซึมเศร้า (n=169)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	46	52.9	41	47.1	5.207	0.022*
หญิง	80	38.5	128	61.5		
อายุ						
น้อยกว่าหรือเทียบเท่า 70 ปี	25	49.0	26	51.0	2.667	0.446
71 - 80 ปี	51	42.9	68	57.1		
81 - 90 ปี	40	37.7	66	62.3		
มากกว่า 90 ปี	10	52.6	9	47.4		
สถานภาพสมรส						
โสด (ไม่ได้สมรส, แยกกันอยู่, หย่าร้าง, คู่สมรสเสียชีวิต)	104	39.8	157	60.2	7.597	0.006**
สมรส อยู่ด้วยกัน	22	64.7	12	35.3		

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001

ตารางที่ 10(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (n=295)				X ²	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=126)		มีภาวะซึมเศร้า (n=169)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนบุตร						
ไม่มีบุตร	48	35.3	88	64.7	6.460	0.040*
มีบุตร 1 – 3 คน	57	47.1	64	52.9		
มีบุตรมากกว่า 3 คน	21	55.3	17	44.7		
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	11	22.9	37	77.1	16.851	0.001**
ประถมศึกษา	47	37.9	77	62.1		
มัธยมศึกษา	42	54.5	35	45.5		
อุดมศึกษา	26	56.5	20	43.5		
รายได้ในปัจจุบัน						
ไม่มีรายได้	48	30.2	111	69.8	22.105	<0.001***
มีรายได้ต่อเดือน	78	57.4	58	42.6		
แหล่งที่มาของรายได้						
ไม่มีรายได้	48	30.2	111	69.8	25.300	<0.001***
เงินเก็บสะสม/มรดก	17	53.1	15	46.9		
เงินบำเหน็จ / บำนาญ	30	65.2	16	34.8		
คูสมรส บุตร หรือญาติ	15	62.5	9	37.5		
ดอกเบี้ยว / ปันผล	6	50.0	6	50.0		
แหล่งอื่นๆ	10	45.5	12	54.5		
ความพอเพียงของรายได้						
เพียงพอและเหลือเก็บ	28	63.6	16	36.4	19.500	<0.001***
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	30	58.8	21	41.2		
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	62	33.9	121	66.1		
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	6	35.3	11	64.7		

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p<0.001

ตารางที่ 10(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (n=295)				X ²	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=126)		มีภาวะซึมเศร้า (n=169)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัญหาสุขภาพ						
สุขภาพแข็งแรง	9	64.3	5	35.7	2.796	0.095
มีปัญหาสุขภาพ	117	41.6	164	58.4		
ความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน						
ดี ไม่จำเป็นต้องมีคนช่วย	77	43.3	101	56.7	0.334	0.846
ปานกลาง ต้องมีคนช่วยบ้าง บางครั้ง	34	43.6	44	56.4		
น้อย จำเป็นต้องมีคนช่วยตลอด	15	38.5	24	61.5		
ความสามารถในการดูแลตนเอง						
ดี ไม่จำเป็นต้องมีคนช่วย	72	43.9	92	56.1	0.233	0.890
ปานกลาง ต้องมีคนช่วยบ้าง บางครั้ง	35	41.7	49	58.3		
น้อย จำเป็นต้องมีคนช่วยตลอด	19	40.4	28	59.6		

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p<0.001

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (n=295)				X ²	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=126)		มีภาวะซึมเศร้า (n=169)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความสามารถในการไปพบปะบุคคล						
อื่นในสถานที่พักด้วยตนเอง						
ดี ไม่จำเป็นต้องมีคนช่วย	61	40.7	89	59.3	0.639	0.726
ปานกลาง ต้องมีคนช่วยบ้างบางครั้ง	40	46.0	47	54.0		
น้อย จำเป็นต้องมีคนช่วยตลอด	25	43.1	33	56.9		
ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกใน						
สถานที่พัก						
เข้ากันได้ดี	55	53.4	48	46.6	7.475	0.024*
ทะเลาะกัน	26	35.6	47	64.4		
ไม่ค่อยได้พูดคุยกันมากนัก	45	37.8	74	62.2		
จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยม						
(ภายในระยะเวลา 6 เดือน)						
ไม่มีญาติมิตร	13	24.5	40	75.5	33.874	<0.001***
ไม่เคยมาเยี่ยมเลย	6	13.3	39	86.7		
มาเยี่ยม	107	54.3	90	45.7		
ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว						
ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน (ก่อนเข้าพัก)						
พักอาศัยอยู่คนเดียว	13	24.5	40	75.5	43.501	<0.001***
เข้ากันได้ดี	64	70.3	27	29.7		
ทะเลาะกัน	29	37.2	49	62.8		
ไม่ค่อยได้พูดคุยกันมากนัก	20	27.4	53	72.6		

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001

ตารางที่ 10(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (N=295)				X ²	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N=126)		มีภาวะซึมเศร้า (N=169)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลประจำ						
(หลังเข้าพัก)						
ดีมากที่สุด / มาก	93	50.8	90	49.2	16.542	<0.001***
ปานกลาง	30	34.1	58	65.9		
น้อย / น้อยที่สุด	3	12.5	21	87.5		
จำนวนสมาชิกในห้องพัก						
พักอยู่คนเดียว	40	67.8	19	32.2	18.966	<0.001***
พักอยู่รวมกัน	86	36.4	150	63.6		
ความพึงพอใจต่อบริการด้าน						
อาหาร						
มากที่สุด/มาก	29	50.9	28	49.1	14.545	0.001**
ปานกลาง	85	47.2	95	52.8		
น้อย/น้อยที่สุด	12	20.7	46	79.3		
ความพึงพอใจต่อบริการด้าน						
ความสะอาด						
มากที่สุด/มาก	81	48.5	86	51.5	5.406	0.067
ปานกลาง	43	35.5	78	64.5		
น้อย/น้อยที่สุด	2	28.6	5	71.4		

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p<0.001

จากตารางที่ 10 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test ผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ) และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 169 คน จาก 295 คน มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 57.3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ได้แก่ เพศ, จำนวนบุตร, ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกท่านอื่นในสถานที่พัก, การตัดสินใจเข้าพักอาศัย

ส่วนสถานภาพสมรส, ระดับการศึกษาสูงสุด, ความพึงพอใจต่อบริการด้านอาหาร มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01

ปัจจัยด้านรายได้ในปัจจุบัน, แหล่งที่มาของรายได้, ความพอเพียงของรายได้, จำนวนครั้งที่

ญาติมาเยี่ยม,ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว(ก่อนเข้าพัก),ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลประจำ (หลังเข้าพัก)มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001

ยกเว้นปัจจัยด้าน อายุ, ความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน, ความสามารถในการดูแลตนเอง, จำนวนสมาชิกในห้องพัก ,ความรู้สึกพึงพอใจในความสามารถในการดูแลตนเอง, ความสามารถในการไปพบปะบุคคลอื่นในสถานที่พัก, ความพึงพอใจต่อบริการด้านความสะอาด ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพจิตของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

ตัวแปรด้านสุขภาพจิต	ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (N=295)				X ²	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N=126)		มีภาวะซึมเศร้า (N=169)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ภาวะความว้าเหว						
ระดับสูง-ปานกลาง	42	21.4	154	78.6	109.120	<0.001 ^{***a}
ระดับต่ำ	84	84.8	15	15.2		
การเห็นคุณค่าในตนเอง						
ระดับสูง-ปานกลาง	126	48.6	133	51.4	-	<0.001 ^{**}
ระดับต่ำ	0	0.00	36	100		

a : Fisher's exact test, *p < 0.05, **p < 0.01, ***p<0.001

จากตารางที่ 11 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะความว้าเหวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ ภาวะซึมเศร้าที่ระดับน้อยกว่า 0.001

ตารางที่ 12 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ T-test ,One-way ANOVA และ ความแตกต่างรายคู่โดยใช้วิธีการของ Gabriel และ Games-Howell

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	ภาวะซึมเศร้า		t,F/ Welch	p - value	Significant pairwise comparison
		\bar{X}	S.D.			
ความรู้สึกพึงพอใจในความสามารถ						
ในการดูแลตนเอง						
พึงพอใจมากที่สุด/มาก (1)	158	12.96	6.46	9.980	<0.001***	(1)vs.(2)*,
พึงพอใจปานกลาง (2)	106	15.42	6.69			(1)vs.(3)*
พึงพอใจน้อย/น้อยที่สุด (3)	31	18.19	7.60			
การตัดสินใจเข้าพักอาศัย						
ตัดสินใจเข้าพักด้วยตนเอง	137	15.51	7.21	2.629	0.009**	-
มีผู้อื่นตัดสินใจให้	158	13.42	6.43			
ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย						
พึงพอใจมากที่สุด/มาก (1)	111	11.13	5.80	41.898 ^a	<0.001***	(1)vs.(2)***
พึงพอใจปานกลาง (2)	146	15.40	6.75			,(1)vs.(3)***
พึงพอใจน้อย/น้อยที่สุด (3)	38	20.08	5.17			,(2)vs.(3)***
ความพึงพอใจต่อการให้บริการของ						
เจ้าหน้าที่						
มากที่สุด/มาก (1)	140	11.96	6.39	22.575	<0.001***	(1)vs.(2)***
ปานกลาง (2)	118	15.85	7.15			(1)vs.(3)***
น้อย/น้อยที่สุด (3)	37	18.97	5.79			(2)vs.(3)*
การให้คำปรึกษา/ความใส่ใจจาก						
เจ้าหน้าที่						
มากที่สุด/มาก (1)	73	11.42	6.42	9.599	<0.001***	(1)vs.(2)***
ปานกลาง (2)	107	15.41	6.60			,(1)vs.(3)***
น้อย/น้อยที่สุด (3)	115	15.33	5.74			

a : Welch

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p<0.001

ตารางที่ 12(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	ภาวะซึมเศร้า		t,F/ Welch	p - value	Significant pairwise comparison
		\bar{X}	S.D.			
ความบ่อยในการเข้าร่วม						
กิจกรรม						
กิจกรรมอาชีพบำบัด						
มากที่สุด/มาก (1)	36	12.42	6.59	4.839	0.009*	(1)vs.(3)*, (2)vs.(3)*
ปานกลาง (2)	42	12.29	6.45			
น้อย/น้อยที่สุด (3)	217	15.13	6.87			
กิจกรรมนันทนาการ						
มากที่สุด/มาก (1)	57	11.53	6.82	6.840	0.001**	(1)vs.(2)*, (1)vs.(3)*
ปานกลาง (2)	98	14.59	6.32			
น้อย/น้อยที่สุด (3)	140	15.42	6.98			
กิจกรรมทางศาสนา						
มากที่สุด/มาก (1)	102	13.18	6.69	3.224	0.041*	(1)vs.(3)*
ปานกลาง (2)	117	14.56	6.74			
น้อย/น้อยที่สุด (3)	76	15.78	7.08			
กิจกรรมด้านสุขภาพ						
มากที่สุด/มาก (1)	128	12.42	6.46	17.091	<0.001***	(1)vs.(3)***, (2)vs.(3)*
ปานกลาง (2)	89	14.17	6.18			
น้อย/น้อยที่สุด (3)	78	17.88	6.98			

a : Welch

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p<0.001

จากตารางที่ 12 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ T-test ,One-way ANOVA และ ความแตกต่างรายคู่โดยใช้วิธีการของ Gabriel และ Games-Howell พบว่าจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ T-test การตัดสินใจเข้าพัคมีความสัมพันธ์กับค่าคะแนนเฉลี่ย ของภาวะซึมเศร้าที่ระดับน้อยกว่า 0.01

จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) พบว่า ความรู้สึกพึงพอใจในความสามารถในการดูแลตนเอง ,ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย, ความพึงพอใจต่อบริการของเจ้าหน้าที่, ความพึงพอใจต่อบริการด้านคำปรึกษา/ความใส่ใจจากเจ้าหน้าที่, และความบ่อยในการเข้าร่วมกิจกรรม ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าที่ระดับน้อยกว่า 0.001

ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ ได้แก่ ความบ่อยในการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ มีความสัมพันธ์ที่ระดับ 0.001 ความบ่อยในการเข้าร่วมกิจกรรมอาชีพบ่อบัด มีความสัมพันธ์ที่ระดับน่อยกว่า 0.01 และกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ที่ระดับ น่อยกว่า 0.05

การวิเคราะห์ความแตกต่างเป็นรายคู่ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าด้วย วิธีการของ Gabriel และ Games-Howell ในปัจจัยด้านความรู้สึกพึงพอใจในความสามารถในการดูแลตนเองพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจในการดูแลตนเองมากที่สุด/มาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่พึงพอใจปานกลางและพึงพอใจน่อย/น่อยที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ น่อยกว่า 0.05

การวิเคราะห์ความแตกต่างเป็นรายคู่ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการของ Gabriel และ Games-Howell ในปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ พึงพอใจมากที่สุด/มากต่อที่พักอาศัย มีค่าคะแนนเฉลี่ยของ ภาวะซึมเศร้า แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความ พึงพอใจในระดับปานกลางและน่อย/น่อยที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ น่อยกว่า 0.001และกลุ่มตัวอย่างที่พึงพอใจต่อที่พักอาศัยในระดับปานกลางมีค่าคะแนนเฉลี่ยของ ภาวะซึมเศร้าแตกต่าง กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจ น่อย/น่อยที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน่อยกว่า 0.001

การวิเคราะห์ความแตกต่างเป็นรายคู่ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ด้วยวิธีการของ Gabriel และ Games-Howell ในความพึงพอใจบริการด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่พึงพอใจในระดับมากที่สุด /มาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย ของภาวะซึมเศร้าแตกต่าง กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจในระดับ ปานกลาง และ น่อย/น่อยที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับน่อยกว่า 0.001 กลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของ ภาวะซึมเศร้า แตกต่างกับ กลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจในระดับ น่อย/น่อยที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ น่อยกว่า 0.05

การวิเคราะห์ความแตกต่างเป็นรายคู่ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ด้วยวิธีการของ Gabriel และ Games-Howell ในความพึงพอใจบริการด้านคำปรึกษา/ความใส่ใจจากเจ้าหน้าที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่พึงพอใจในระดับมากที่สุด /มาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกับกลุ่มตัว อย่างที่มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง และ น่อย/น่อยที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ น่อยกว่า 0.001

การวิเคราะห์ความแตกต่างเป็นรายคู่ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ด้วยวิธีการของ Gabriel และ Games-Howell ในปัจจัยความบ่อยในการเข้าร่วมกิจกรรมอาชีพบ่อบัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมระดับ น่อย/น่อยที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในระดับ มากที่สุด /มาก และ ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ น้อยกว่า 0.05

การวิเคราะห์ความแตกต่างเป็นรายคู่ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ด้วยวิธีการของ Gabriel และ Games-Howell ในปัจจัยความบ่อยในการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมระดับมากที่สุด / มาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมระดับปานกลาง และ น้อย/น้อยที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ น้อยกว่า 0.05

การวิเคราะห์ความแตกต่างเป็นรายคู่ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ด้วยวิธีการของ Gabriel และ Games-Howell ในความบ่อยในการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมระดับมากที่สุด / มาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกับ กลุ่มตัวอย่างที่ เข้าร่วมในระดับ น้อย/น้อยที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05

การวิเคราะห์ความแตกต่างเป็นรายคู่ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ด้วยวิธีการของ Gabriel และ Games-Howell ในความบ่อยในการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในระดับ น้อย/น้อยที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมในระดับมากที่สุด / มาก และ ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ น้อยกว่า 0.001 และ 0.05 ตามลำดับ

ตารางที่ 13 การวิเคราะห์ปัจจัยด้านสุขภาพจิตกับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ T-test

ปัจจัยด้านสุขภาพจิต	n	ภาวะซึมเศร้า		t	p - value
		\bar{X}	S.D.		
ภาวะความว่าเหวในผู้สูงอายุ					
ระดับปานกลาง/สูง					
ระดับต่ำ	196	17.33	6.09	-14.80	<0.001***
การเห็นคุณค่าในตนเองของ					
ผู้สูงอายุ					
ระดับปานกลาง/สูง					
ระดับต่ำ	259	13.36	6.51	-10.18	<0.001***
ระดับต่ำ					
	36	21.81	4.34		

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p<0.001

จากตารางที่ 13 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยด้านสุขภาพจิต ได้แก่ การเห็นคุณค่า ในตนเอง และ ภาวะความว่าเหว ของกลุ่มตัวอย่างกับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติ t-test พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง และ ภาวะความว่าเหวในกลุ่มตัวอย่าง มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ที่ระดับน้อยกว่า 0.001

ตารางที่ 14 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง แยกตามประเภทของสถานที่พัก โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

ภาครัฐบาล	ภาคเอกชน	โดยรวม
ตัวแปรส่วนบุคคล	ตัวแปรส่วนบุคคล	ตัวแปรส่วนบุคคล
รายได้ในปัจจุบัน = 0.001**		เพศ=0.022*
แหล่งที่มาของรายได้ = 0.026*		สถานภาพสมรส=0.006**
ความพอเพียงของรายได้ = 0.021*		จำนวนบุตร=0.040*
ปัญหาสุขภาพ = 0.006**		ระดับการศึกษาสูงสุด=0.001**
		รายได้ในปัจจุบัน=<0.001***
		แหล่งที่มาของรายได้=<0.001***
		ความพอเพียงของรายได้=<0.001***
ตัวแปรด้านจิตสังคม	ตัวแปรด้านจิตสังคม	ตัวแปรด้านจิตสังคม
ความสามารถในการดูแลตนเอง = 0.001**	ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกท่านอื่นในสถานที่พัก = 0.05*	ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกท่านอื่นในสถานที่พัก=0.024*
ความรู้สึกพึงพอใจในความสามารถในการดูแลตนเอง = <0.001***	จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยม =0.03*	จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยม=<0.001***
ความสามารถในการไปพบปะบุคคลอื่นในสถานที่พักด้วยตนเอง = 0.001**	ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว = 0.006**	ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน <0.001***
ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกท่านอื่นในสถานที่พัก = 0.002**		ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลประจำ =<0.001***
จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยม = 0.004**		
ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว = <0.001***		
ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลประจำ = 0.005**		

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p<0.001

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ภาครัฐบาล	ภาคเอกชน	โดยรวม
ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อม	ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อม	ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อม
ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย = <0.001***	ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย =0.05*	ประเภทของที่พักอาศัย=<0.001*** การตัดสินใจเข้าพักอาศัย=0.044*
จำนวนสมาชิกในห้องพัก = <0.001***		ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย =<0.001***
อาหาร =0.024*		จำนวนสมาชิกในห้องพัก =<0.001***
ความสะอาด = 0.044*		อาหาร=0.001**
การให้บริการของเจ้าหน้าที่ =0.001**		การให้บริการของเจ้าหน้าที่ =<0.001***
คำปรึกษา/ความใส่ใจจากเจ้าหน้าที่ =0.025*		คำปรึกษา/ความใส่ใจจากเจ้าหน้าที่ =0.001**
กิจกรรมอาชีพบำบัด =0.004**		กิจกรรมอาชีพบำบัด=0.008**
กิจกรรมนันทนาการ =<0.001***		กิจกรรมด้านสุขภาพ=<0.001***
กิจกรรมทางศาสนา = 0.027*		
กิจกรรมด้านสุขภาพ = 0.005**		
ตัวแปรด้านสุขภาพจิต	ตัวแปรด้านสุขภาพจิต	ตัวแปรด้านสุขภาพจิต
ภาวะความวิตกกังวลระดับสูง-ปานกลาง =<0.001***	ภาวะความวิตกกังวลระดับสูง-ปานกลาง =<0.001***	ภาวะความวิตกกังวลระดับสูง-ปานกลาง =
การเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ =<0.001***	การเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ =<0.001***	<0.001***
		การเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ =<0.001***

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p<0.001

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า การเห็นคุณค่าในตนเอง และ ความว่าเหว

ตารางที่ 15 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของ ภาวะซึมเศร้า การเห็นคุณค่าในตนเอง และความว่าเหว ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการของ Pearson product moment correlation coefficient

ค่าคะแนน	ค่าคะแนน Thai Geriatric Depression Scale	
	Pearson's r	p - value
ค่าคะแนนภาวะว่าเหวในผู้สูงอายุ	0.744	<0.001***
ค่าคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ	- 0.746	<0.001***

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p<0.001

จากตารางที่ 15 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนของ ภาวะซึมเศร้า การเห็นคุณค่าในตนเอง และความว่าเหว ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการของ Pearson's Correlation Coefficiency พบว่าค่าคะแนนของการเห็นคุณค่าในตนเอง และ ภาวะว่าเหว ของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับภาวะซึมเศร้าในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001 กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าสูง(คะแนนสูง) จะมีภาวะความว่าเหวสูง (คะแนนสูง) และมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (คะแนนต่ำ)

ตารางที่ 16 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความวิตกกังวล ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการของ Pearson product moment correlation coefficient

ค่าคะแนน	ค่าคะแนนแบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ	
	Pearson's r	p - value
ค่าคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุ	- 0.658	<0.001**

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001

จากตารางที่ 16 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนของ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความวิตกกังวล ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการของ Pearson's Correlation Coefficiency พบว่าค่าคะแนนของการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง กับ ค่าคะแนนของภาวะวิตกกังวลในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ น้อยกว่า 0.001 โดยมีความสัมพันธ์กัน ในเชิงลบ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง (ค่าคะแนนสูง) จะมีระดับความวิตกกังวลต่ำ (ค่าคะแนนต่ำ)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้า

3.1 ปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้า

การวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้า โดยวิธีการ Binary Logistic Regression เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นด้วย Backward Likelihood Ratio โดยมีปัจจัยที่นำไปวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล

- จำนวนบุตร
- ระดับการศึกษาสูงสุด
- รายได้ในปัจจุบัน

ปัจจัยด้านสัมพันธ์กับบุคคล

- จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยม
- ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน
- ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลประจำ

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

- ประเภทที่พักอาศัย
- ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย
- จำนวนสมาชิกในห้องพัก
- ความพึงพอใจต่อบริการด้านอาหาร
- ความพึงพอใจต่อบริการด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่
- ความบ่อยในการเข้าร่วมกิจกรรมอาชีพบำบัด
- ความบ่อยในการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านสุขภาพจิต

- ภาวะความว้าเหวในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 17 ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า โดยใช้ตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล ,ปัจจัยความสัมพันธ์กับบุคคล,ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และ ปัจจัยด้านสุขภาพจิต นำมาวิเคราะห์ โดยวิธีการ Binary Logistic Regression Analysis เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นด้วย Backward Likelihood Ratio

ปัจจัยศึกษา	b	S.E.(b)	p-value	Exp(B)	Adjusted OR (95%CI)
ปัจจัยส่วนบุคคล					
ระดับการศึกษาสูงสุด					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1.398	0.604	0.021*	4.048	(1.238 – 13.230)
ประถมศึกษา	0.597	0.463	0.197	1.817	(0.734 – 4.501)
มัธยมศึกษา	0.235	0.493	0.633	1.265	(0.482 – 3.322)
ปัจจัยด้านจิตสังคม					
จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยม					
ไม่มีญาติมิตร	0.803	0.438	0.67	2.231	(0.946 – 5.262)
ไม่เคยมาเยี่ยมเลย	1.443	0.571	0.011*	4.234	(1.383 – 12.965)
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม					
ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย					
พึงพอใจปานกลาง	1.000	0.360	0.003**	2.718	(1.342 – 5.503)
พึงพอใจน้อยถึงน้อยที่สุด	2.398	0.719	0.001**	11.006	(2.691 – 45.015)
ความพึงพอใจต่อบริการ					
ด้านอาหาร					
ปานกลาง	0.788	0.441	0.074	0.455	(0.192 – 1.081)
น้อยถึงน้อยที่สุด	0.078	0.602	0.897	0.925	(0.284 – 3.007)
ปัจจัยด้านสุขภาพจิต					
ภาวะความว่าเหว่					
ภาวะความว่าเหว่ในระดับปานกลาง-สูง	2.563	0.360	<0.001***	12.974	(6.413 – 26.248)

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p<0.001

จากตารางที่ 17 ผลจากปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้า โดยใช้ตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล, ปัจจัยความสัมพันธ์กับบุคคล, ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และ ปัจจัยด้านสุขภาพจิต นำมาวิเคราะห์ โดยวิธีการ Binary Logistic Regression Analysis เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นด้วย Backward Likelihood Ratioพบว่า ตัวแปรพยากรณ์ภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การไม่ได้รับการศึกษา (p < 0.05), การไม่มีญาติมาเยี่ยม (p < 0.05), ความพึงพอใจที่พักปานกลาง (p < 0.01), และ น้อย/น้อยที่สุด

($p < 0.01$), ภาวะความว้าเหวในระดับ สูง-ปานกลาง ($p < 0.001$) โดย การไม่ได้รับการศึกษา มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เป็น 4.048 เท่า (95%CI=1.238 – 13.230) ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในระดับอื่น, การไม่มีญาติมาเยี่ยมมีความเสี่ยง ต่อภาวะซึมเศร้าเป็น 4.234 เท่า (95%CI=1.383 – 12.965) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีญาติมาเยี่ยม, ความพึงพอใจต่อที่พักปานกลาง มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเป็น 2.718 เท่า (95%CI=1.342 – 5.503) , ความพึงพอใจต่อที่พัก น้อย/น้อยที่สุด มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเป็น 11.006 เท่า (95%CI=2.691 – 45.015) ของกลุ่มตัวอย่างที่ พึงพอใจต่อที่พักมากที่สุด/มาก และ ผู้ที่มีภาวะว้าเหวปานกลาง-สูง มีความเสี่ยงต่อ ภาวะซึมเศร้า เป็น 12.974 เท่า (95%CI=6.413 – 26.248) ของผู้ที่มีภาวะว้าเหวต่ำ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และ ข้อเสนอแนะ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุจำนวน 295 คน ที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 1 สังกัดกรมประชาสงเคราะห์กระทรวงแรงงานสวัสดิการสังคม, บ้านบางแค 2 สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร และผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานที่พักเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร จากกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) ในช่วงระหว่าง เดือนกันยายน - พฤศจิกายน พ.ศ. 2556

รูปแบบการวิจัยมีลักษณะแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive study) มีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาความชุก (Prevalence) ของภาวะซึมเศร้าในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชน
4. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ, แบบสอบถามประเมินความวิตกกังวล และแบบสอบถามประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง

โปรแกรมที่ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลคือโปรแกรมสำเร็จรูป Statistic Package for the Social Science (SPSS) for Windows version 17 สถิติที่ใช้ในวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปและปัจจัยส่วนบุคคลและหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติทดสอบ Chi-square และ Fisher's exact test

ใช้สถิติ T-test และ ANOVA เพื่อวิเคราะห์ ปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ ค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลกับการเห็นคุณค่าในตนเองกับ

ค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและใช้วิธี Gabriel และ Games-Howell เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่

วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของ ภาวะซึมเศร้า การเห็นคุณค่าในตนเอง และความว่าเหว่ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการของ Pearson product moment correlation coefficient และวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้า โดยวิธีการ Binary Logistic Regression Analysis เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นด้วย Backward Likelihood Ratio

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ของปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา รายได้และความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว จากการวินิจฉัยของแพทย์

พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 295 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.5 มีอายุอยู่ระหว่าง 71 - 80 ปี ร้อยละ 40.3 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 78.43 ± 8.30 ปี ส่วนมากมีสถานภาพเป็นหม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต) ร้อยละ 41.0 และไม่มีบุตรร้อยละ 46.1 มีบุตรเฉลี่ยเท่ากับ 2.64 ± 1.64 คน จบการศึกษาระดับสูงสุดคือประถมศึกษาชั้นปลาย (ป.4 - ป.6) ร้อยละ 35.3

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 53.9 แหล่งที่มาของรายได้คือไม่มีรายได้คือเงินบำเหน็จ/บำนาญ ร้อยละ 15.6 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่คือ ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 62.0 และพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 95.3 โดยปัญหาสุขภาพที่พบมากคือภาวะความดันโลหิต ร้อยละ 55.9

1.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม

ผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ของปัจจัยด้านจิตสังคม ประกอบด้วยตัวแปร ได้แก่ ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน ความสัมพันธ์ในกลุ่มเครือญาติ และความสัมพันธ์กับผู้ดูแล

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับดี ร้อยละ 60.3 มีความสามารถดูแลตนเองได้ ดี ร้อยละ 55.6 พึ่งพอใจมากในความสามารถดูแลตนเอง ร้อยละ 38.6 และสามารถเดินทางไปพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่นในสถานที่พักได้ดี ไม่จำเป็นต้องมีคนช่วย ร้อยละ 50.8

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้พูดคุยกับสมาชิกท่านอื่นในสถานที่พัก ร้อยละ 40.3 ญาติมาเยี่ยมมากกว่า 6 ครั้ง (ภายในระยะเวลา 6 เดือน) ร้อยละ 25.0 มีความสัมพันธ์ที่ดี เข้ากันได้ดี ไม่ค่อยทะเลาะกันกับสมาชิกในครอบครัว (ก่อนเข้าพัก) ร้อยละ 30.8 และความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ดูแลประจำ ร้อยละ 43.7

1.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยตัวแปร ได้แก่ ประเภทของที่พักอาศัย การตัดสินใจเข้าพัก ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย จำนวนสมาชิกในห้องพัก การให้บริการ และการเข้าร่วมกิจกรรม

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเหตุผลในการเข้าพักเนื่องจากไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 46.4 มีผู้อื่นตัดสินใจให้ในการเข้าพัก ร้อยละ 53.6 โดยผู้ที่ตัดสินใจให้คือ บุตร/หลาน/ญาติ ร้อยละ 41.0 ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัยส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.5 โดยพักอาศัยอยู่รวมกับผู้อื่น ร้อยละ 80.0 ซึ่งพักอยู่รวมกันประมาณ 6 – 10 คน ร้อยละ 31.5

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พึงพอใจบริการด้านอาหารในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 61.0 ด้านความสะอาดอยู่ในระดับมากที่สุด/มาก ร้อยละ 56.6 ด้านการบริการของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับ มากที่สุด/มาก ร้อยละ 47.5 และด้านการให้คำปรึกษา/ใส่ใจจากเจ้าหน้าที่อยู่ระดับ น้อย/น้อยที่สุด ร้อยละ 39.0 ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมอาชีวบำบัดอยู่ในระดับ น้อย/น้อยที่สุด ร้อยละ 73.6 กิจกรรมนันทนาการระดับ น้อย/น้อยที่สุด ร้อยละ 47.5 กิจกรรมทางศาสนาระดับปานกลาง ร้อยละ 39.7 และกิจกรรม ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด/มาก ร้อยละ 43.4

ความชุกของภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่าง 169 คน จาก 295 คน มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 57.3 แบ่งออกเป็น ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ) ร้อยละ 42.7 ซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 25.8 ซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 24.4 และซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 7.1 มีความว่าเหวในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.9 รองลงมาคือ ความว่าเหวใน ระดับสูง ร้อยละ 33.6 และว่าเหวต่ำ ร้อยละ 31.5 ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง อยู่ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 48.5 รองลง มาคือระดับสูง ร้อยละ 39.3 และระดับต่ำร้อยละ 12.2

เมื่อแบ่งออกตามประเภทของที่พัก พบว่า ภาครัฐบาล 175 คน มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 70.3 แบ่งออกเป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ) ร้อยละ 29.7 ซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 29.7 ซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 32.6 และซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 8 มีความว่าเหวในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.4 รองลงมา คือ ความว่าเหวในระดับสูง ร้อยละ 32.6 และว่าเหวต่ำ ร้อยละ 16 ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง อยู่ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 51.4 รองลง มาคือระดับสูง ร้อยละ 32.6 และระดับต่ำร้อยละ 16

ภาคเอกชน จำนวน 120 คน พบว่า มีภาวะซีมีเศร่าร้อยละ 38.3 แบ่งออกเป็นไม่มีภาวะซีมีเศร่า (ปกติ) ร้อยละ 61.7 ซีมีเศร่าเล็กน้อยร้อยละ 20 ซีมีเศร่าปานกลาง ร้อยละ 12.5 และซีมีเศร่ารุนแรง ร้อยละ 5.8 มีความว่าเหวในระดับต่ำ ร้อยละ 56.7 รองลงมา คือ ความว่าเหว ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.8 และว่าเหวสูง ร้อยละ 7.5 ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง อยู่ใน ระดับสูง ร้อยละ 49.2 รองลง มาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 44.2 และระดับต่ำร้อยละ 6.7

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่าโดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ได้แก่ เพศ,จำนวนบุตร, ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกท่านอื่นในสถานที่พัก,การตัดสินใจเข้าพักอาศัย ส่วนสถานภาพสมรส,ระดับการศึกษาสูงสุด, ความพึงพอใจต่อบริการด้านอาหาร มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01

ปัจจัยด้าน รายได้ในปัจจุบัน,แหล่งที่มาของรายได้ ,ความพอเพียงของรายได้, ความบ่อยในการมาเยี่ยมของ ญาติ,ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว(ก่อนเข้าพัก),ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลประจำ (หลังเข้าพัก) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001

ยกเว้นปัจจัยด้าน อายุ, ความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน, ความสามารถในการดูแลตนเอง, จำนวนสมาชิกในห้องพัก , ความรู้สึกพึงพอใจในความสามารถในการดูแลตนเอง, ความสามารถในการไปพบปะบุคคลอื่นในสถานที่พัก, ความพึงพอใจต่อบริการด้านความสะอาด ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่าโดยการวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยส่วน บุคคลกับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมีเศร่า ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ T-test ,One-way ANOVA พบว่าจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ T-test การตัดสินใจเข้าพักมีความสัมพันธ์กับค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมีเศร่าที่ระดับน้อยกว่า 0.01

จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) พบว่า ความรู้สึกพึงพอใจในความสามารถในการดูแลตนเอง ,ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย, ความพึงพอใจต่อบริการ ของเจ้าหน้าที่ , ความพึงพอใจต่อบริการด้านคำปรึกษา/ความใส่ใจจากเจ้าหน้าที่, และความบ่อย ในการเข้าร่วมกิจกรรม ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ คะแนนเฉลี่ยของ ภาวะซีมีเศร่าที่ระดับน้อยกว่า 0.001 ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆได้แก่ ความบ่อยในการเข้าร่วมกิจกรรม นันทนาการ มีความสัมพันธ์

ที่ระดับ 0.001 ความบ่อยในการเข้าร่วมกิจกรรมอาชีพบ่อบัด มีความ สัมพันธ์ที่ระดับน่อยกว่า 0.01 และกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ที่ระดับ น่อยกว่า 0.05

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ากับความว่้าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ T-test พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง และ ภาวะว่้าเหว ในกลุ่มตัวอย่าง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับคะแนนเฉลี่ย ของ ภาวะซึมเศร้า ที่ระดับ น่อยกว่า 0.001

เมื่อใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของการเห็นคุณค่าในตนเอง และความว่้าเหวของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสถิติสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ค่าคะแนนของการเห็นคุณค่าในตนเอง และ ภาวะว่้าเหวของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์กับค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้าในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ น่อยกว่า 0.001กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าสูง(คะแนนสูง) จะมีภาวะความว่้าเหวระดับสูง (คะแนนสูง) และมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (คะแนนต่ำ)

จากการใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยแบ่งประเภทของที่พักออกเป็นภาครัฐบาล และ ภาคเอกชน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า มีดังต่อไปนี้

ภาครัฐบาล ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ในปัจจุบัน,แหล่งที่มาของรายได้ ,ความพอเพียงของรายได้ ,ปัญหาสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับน่อยกว่า 0.05 ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกท่านอื่นในสถานที่พัก,จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยม,ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลประจำ มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความสามารถในการดูแลตนเอง, ความสามารถในการไปพบปะบุคคลอื่นในที่พัก มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ 0.001

ด้านความรู้สึกพึงพอใจใน ความสามารถในการดูแลตนเอง, ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ก่อนเข้าพัก มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับน่อยกว่า 0.001 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความพึงพอใจต่อ ที่พักอาศัย, จำนวนสมาชิก ในห้องพัก มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับน่อยกว่า 0.001 ความพึงพอใจต่อบริการด้านอาหาร, ความสะอาด, การให้บริการของเจ้าหน้าที่, ค่าปรึกษา/ความใส่ใจจากเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน่อยกว่า 0.05 และความบ่อยในการเข้าร่วมกิจกรรมในทุกด้านมีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะกิจกรรมนันทนาการ มีความสัมพันธ์กับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน่อยกว่า 0.001

ด้านภาคเอกชนพบว่าปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกท่านอื่นในสถานที่พัก,จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยม,ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ก่อนเข้าพัก, ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ระดับน่อยกว่า 0.05

ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพจิตทั้งภาครัฐบาล และภาคเอกชน พบว่า ภาวะความว้าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ระดับ 0.001

ปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้า

การวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้า โดยวิธีการ Binary Logistic Regression เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นด้วย Backward Likelihood Ratio โดยมีตัวแปร ได้แก่ จำนวนบุตร, ระดับการศึกษาสูงสุด, รายได้ในปัจจุบัน, จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยม, ความสัมพันธ์ กับสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน, ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลประจำ, ประเภทที่พักอาศัย, ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย, จำนวนสมาชิกในห้องพัก, ความพึงพอใจบริการด้านอาหาร, การให้บริการของเจ้าหน้าที่, ความบ่อยในการเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัคร, กิจกรรมด้านสุขภาพ และภาวะความว้าเหว ในผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การไม่ได้รับการศึกษา, การไม่มีญาติมาเยี่ยม, ความพึงพอใจต่อที่พักปานกลาง และ น้อย/น้อยที่สุด และภาวะว้าเหวใน ระดับสูง-ปานกลาง โดยการไม่ได้รับการศึกษา มีความเสี่ยงต่อ ภาวะซึมเศร้า เป็น 4.048 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาใน ระดับอื่น, การไม่มีญาติมาเยี่ยมมีความเสี่ยง ต่อภาวะซึมเศร้าเป็น 4.234 เท่า ของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีญาติมาเยี่ยม, ความพึงพอใจต่อที่พักปานกลาง มีความเสี่ยงต่อ ภาวะซึมเศร้า เป็น 2.718 เท่า, ความพึงพอใจต่อที่พัก น้อย/น้อยที่สุด มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เป็น 11.006 เท่า ของกลุ่มตัวอย่าง ที่พึงพอใจต่อที่พักมากที่สุด/มาก ผู้ที่มีภาวะว้าเหวปานกลาง-สูง มีความเสี่ยงต่อ ภาวะซึมเศร้า เป็น 12.974 เท่า ของผู้ที่มีภาวะว้าเหวต่ำ และจากงานวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำทุกคนมีภาวะซึมเศร้า

อภิปรายผลการวิจัย

ความชุกของภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรารอบบางแค และสถานที่พักของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 57.3 แบ่งออกเป็นผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 25.8 ซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 24.4 และ ซึมเศร้าระดับสูงร้อยละ 7.1 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรีวรรณ ตันศิริ⁽⁹²⁾(2535) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มประสานสัมพันธ์ต่อการลดภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา วาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 77.5 โดยมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 47.2 ซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 30.1 เช่นเดียวกับงานวิจัยของ จันทิมา จารณศิริ

(93)(2539) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในสถาน สงเคราะห์คนชราบ้านบางแค พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 58.1 จากงานวิจัยของ Carrie A. Levin และคณะ (94)(2550) ที่ศึกษาความชุกและการรักษาภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในเนอรัซิงโฮม รัฐโอไฮโอ ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้สูงอายุ มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 48 และจากงานวิจัยของ Yun-Fang Tsai (87)(2549) ที่ศึกษา เกี่ยวกับ Self-Care Management และปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน เนอรัซิงโฮมที่ประเทศไต้หวัน พบภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายুর้อยละ 55 ซึ่งไม่ สอดคล้องกับการศึกษา ของ สมใจ โชติพันธุ์(85)(2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการ สนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในสถานสงเคราะห์บางแค โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 คน ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้วัดคือ แบบสอบถามข้อมูล ทั่วไป, แบบวัดภาวะซึมเศร้าไทย (TGDS) และแบบวัดการ สนับสนุนทางสังคม ทำการเก็บรวบรวม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.9 ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ) ซึ่งอาจ อธิบายได้ว่าเนื่องจากการศึกษาในช่วงระยะเวลา ที่แตกต่างกัน เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และจำนวนประชากรที่ศึกษาไม่เท่ากัน อีกทั้งเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในสถานสงเคราะห์เพียง กลุ่มเดียว ผลการศึกษาจึงแตกต่างกันและอาจไม่ สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้

จากการศึกษานี้พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในสถานสงเคราะห์และสถานบริการ ภาครัฐเอกชนถืออยู่ในระดับสูง ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งร่างกาย และ จิตใจ อีกทั้งมักถูกมองข้ามเนื่องจากการเข้าใจผิดว่าเป็นความเสื่อมตามปกติที่เกิดขึ้นกับวัย สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านักถูกละเลย และไม่ได้รับการรักษา ซึ่งอาจจะนำไปสู่การทำ ร้าย ตนเอง หรือฆ่าตัวตายในที่สุด ดังนั้นองค์กรและภาคส่วนต่างๆ ทั้งรัฐและเอกชนควรให้ความสนใจ ในการวางแผนป้องกันและเฝ้าระวัง อีกทั้งให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้าให้ ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, สถานภาพสมรส, จำนวนบุตร, ระดับการศึกษาสูงสุด, รายได้ในปัจจุบัน, แหล่งที่มาของรายได้ และความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากการศึกษานี้พบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 อาจเนื่องมาจากวิจัยครั้งนี้พบว่าอัตราส่วนของเพศชายน้อยกว่าเพศหญิงถึง 2 เท่า ทำให้โอกาสให้การพบภาวะซึมเศร้ามีมากกว่าเพศชาย อีกทั้งเพศหญิงมีลักษณะอารมณ์ที่อ่อนไหวได้ง่ายกว่าเพศชาย และจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนก็อาจเป็นปัจจัยสนับสนุน ให้เพศหญิง มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ของ สายพิณ ยอดกุล และจิตภินันท์ ศรีจักรโครต⁽⁹⁵⁾ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีความต้องการในการพึ่งพามากกว่า และมีความเปราะบางมากกว่า เมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม ทั้งบุคคล สถานที่ รูปแบบการรักษาต่างๆที่ได้รับทำให้เกิดความเครียด และซึมเศร้าตามมาเช่นเดียวกับ การศึกษาของ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ⁽⁸⁴⁾ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าอัตรา ประชากรระหว่างชายหญิงที่แตกต่างกันมาก โดยเพศหญิงที่สูงอายุมีจำนวนมากกว่า เพศชายจึง มีโอกาสในการพบภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่า และการศึกษาของ เพ็ญศรี หลินสุนนท์⁽⁹⁶⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงเมืองเขตปทุมวัน พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้ม ของภาวะซึมเศร้าที่สูงกว่า เนื่องจากเพศหญิงมีความอ่อนไหว และมีพฤติกรรมในทางที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่า อีกทั้งยังสามารถแยกแยะอาการเจ็บป่วยของตนเองได้ดีกว่า จึงทำให้อาการซึมเศร้าในเพศหญิงเห็นชัดเจนกว่าเพศชาย และจากการศึกษาของ Jin Hee Shin⁽⁹⁷⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยทำนายและการบริการด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประเทศเกาหลี พบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่า เนื่องจากเพศหญิงมีการแสดงออกของ ภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ขณะที่เพศชายมีแนวโน้มเก็บกดอารมณ์ซึมเศร้าทำให้ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจน และมักแสดงอาการออกทางด้านอื่น เช่น การใช้สารเสพติด ความก้าวร้าว เป็นต้น อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Osada H. และคณะ⁽⁹⁸⁾ ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะและ ศักยภาพด้านร่างกายกับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุอายุ 75 ปี พบว่า เพศชายมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิง ความแตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาที่เน้น เฉพาะด้านความสามารถของ ร่างกายเพียงเท่านั้น ไม่ได้เน้นปัจจัยด้านอื่น การที่เพศหญิงมีความชินกับการขอความช่วยเหลือและการพึ่งพิงมากกว่าเพศชาย ดังนั้นเมื่อเพศชายมีความเสื่อมของร่างกาย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เหมือนแต่ก่อนจึงทำให้รู้สึก

ไร้คุณค่ามากกว่า อีกทั้งเพศชายถูกสอนให้เป็นคนเข้มแข็ง แข็งแรง เป็นผู้นำ ความบกพร่องของร่างกายจึงถือว่าเป็นปมด้อยในเพศชายมากกว่าเพศหญิง

จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานะโสด (ไม่ได้สมรส, แยกกันอยู่, หย่าร้าง, คู่สมรสเสียชีวิต) สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายจากการเสียชีวิตของคู่สมรส พบว่ามีแนวโน้มที่สัมพันธ์กับการเกิด ภาวะซึมเศร้าระดับสูง เนื่องจากคู่สมรสนั้นคือบุคคลสำคัญของชีวิต เป็นเพื่อนที่คอยเป็นกำลังใจ และคอยดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้ไม่รู้สึกรู้ว่าเหวหรือโดดเดี่ยว รู้สึกได้รับความรัก และ เป็นที่รัก สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรสา ไยยอง และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย⁽⁸⁶⁾ ซึ่งศึกษาภาวะซึมเศร้า และอารมณ์โศกเศร้า จากการสูญเสียของผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายมีภาวะซึมเศร้า สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ ผู้สูงอายุที่คู่สมรสยังมีชีวิตอยู่ เนื่องจากการขาดคู่สมรสเปรียบเสมือนเป็นการขาดแรงสนับสนุน ประคับประคองทางสังคมที่สำคัญ เช่นเดียวกับ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และ อุมภาพร อุดมทรัพย์กุล⁽⁹⁹⁾ ที่ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุที่สมรส หรือ อยู่ร่วมกับคู่สมรสมีความมั่นคงในอารมณ์ และมีความมั่นคงในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ และจากการศึกษาของ Marco Innamorati และคณะ⁽¹⁰⁰⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการ ฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ประเทศอิตาลี พบว่า สถานภาพเป็นหม้ายหรือการอาศัยอยู่เพียงลำพังเป็น ปัจจัยสำคัญ ในการตัดสินใจฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุที่คู่ชีวิตยังมีชีวิตอยู่ หรือยังคงมีสัมพันธ์ภาพอันดีต่อกันกับคู่สมรสจึงมีความเสี่ยงที่ต่ำกว่า อีกปัจจัยหนึ่งพบว่าจำนวนบุตรมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.05 อันเนื่องมาจากในสังคมวัฒนธรรมไทยนั้นถือว่าบุตรหลานมีหน้าที่ในการดูแล เอาใจใส่ ให้ความรัก ความเคารพแก่ผู้สูงอายุ ถือเป็นที่พักพิงและกำลังใจที่สำคัญของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่มีบุตรหรือ มีบุตรเพียง 1-3 คน และจากการศึกษาของ Yap⁽¹⁰¹⁾ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ประเทศสิงคโปร์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีบุตรเฉลี่ยเพียง 1 คน และจำนวนบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่มี อัตราที่ต่ำมากหรือไม่มีเลย จากการศึกษานี้ของ Thomas E. Oxman และคณะ⁽¹⁰²⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการ สนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าการสื่อสารกับบุตรในลักษณะเผชิญหน้า ร่วมกับแรงสนับสนุน ด้านนามธรรม และรูปธรรม ที่ได้รับจากบุตร เช่น ด้านความรัก ความห่วงใย การเลี้ยงดู มีความสัมพันธ์กับการลดลงของภาวะซึมเศร้า มากกว่าความสัมพันธ์ของเพื่อน หรือความสัมพันธ์รูปแบบอื่นๆ การที่ผู้สูงอายุต้องย้ายออกมาอยู่เพียงลำพังในสถานสงเคราะห์ หรือสถานบริการของเอกชน ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวรับกับสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ การสร้างสัมพันธ์กับบุคคลแปลกหน้า ที่ไม่เคยรู้จักมาก่อน อาจทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกไม่มั่นคง ปลอดภัย เหมือนกับ การได้อยู่ที่บ้านกับลูกหลานที่สนิทสนมคุ้นเคยกัน และ

จากภาวะสูงวัยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญหลายด้าน ได้แก่ การเสียชีวิตของ คู่สมรส ญาติ พี่น้อง เพื่อนพ้อง การออกจากหน้าที่การงาน การเปลี่ยนผ่านบทบาท ความเสื่อมของร่างกาย ทำให้นาขนาดสังคมของผู้สูงอายุจะแคบลง สังคมรอบ ด้านที่ยังเหลืออยู่ของผู้สูงอายุก็คือ ครอบครัว และบุคคลที่มีบทบาทมาก ที่สุดก็คือ บุตรหลาน ของผู้สูงอายุเอง ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีบุตรมากจะมีขนาดของสังคมที่ใหญ่กว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรน้อย จำนวนบุตรที่มาก ยิ่งเป็นการเพิ่มโอกาสที่ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีบุตรน้อย เนื่องจากหากบุตรคนใดไม่ว่างติดธุระ หรือไม่มีกำลังความสามารถที่เพียงพอ ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ ก็ยังมีบุตรคนอื่นๆ คอยให้ความช่วยเหลือ และรับผิดชอบใน การดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องถูกทอดทิ้งอยู่ตามลำพัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ Evelyn L. Goldberg ,Pearl Van Natta และ George W.Comstock (103) ที่ศึกษาเกี่ยวกับอาการ ของภาวะซึมเศร้า, เครือข่ายสังคม และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุเพศหญิง พบว่า ขนาดของกลุ่มสังคมและเครือข่ายทางสังคมจากแหล่งเดียวกันมีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีกลุ่มสังคมขนาดใหญ่และมีเครือข่ายทางสังคมกับกลุ่มดังกล่าวใกล้ชิด จะพบระดับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ

นอกจากนั้นจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำหรือไม่ได้รับการศึกษาสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 เนื่องจากการศึกษามีผลต่อแนวความคิดความเป็นเหตุเป็นผล ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะสติ การดำรงชีวิต และยังช่วยเปิดโอกาสทางสังคมให้มากกว่ามากกว่า ดังนั้นผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาในระดับสูงจึงพบภาวะซึมเศร้าที่ต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี หลินศุวนนท์ (96) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงเมือง เขตปทุมวัน พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษา จะมีโลกทัศน์และประสบการณ์ที่มากกว่า ซึ่งจะส่งผลไปยังวิธีการคิด การมองโลก และการแก้ปัญหาที่ประสบผลสำเร็จ และพบภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรพิน คำโต (104) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วัยสูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง สามารถปรับตัวต่อสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ดีกว่า สามารถเผชิญหน้ากับปัญหาและมีกำลังใจดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับต่ำ และการศึกษาของอิงใจ จันทมูล (105) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าการประสบความสำเร็จในการเรียนรู้การแก้ปัญหาที่ดีในวัยหนุ่มสาวส่งผลให้มีความสามารถในการจัดการปัญหาที่ดีเมื่อเข้าสู่ช่วงสูงวัย ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาจึงจัดการกับอุปสรรคต่างๆ ได้ดีกว่าและเหมาะสมสถานการณ์มากกว่า อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีการศึกษาที่ดีย่อมมีโอกาสในการเลือกใช้ชีวิตมากกว่า มีช่องทางในการประกอบอาชีพได้หลากหลาย มีเงินออมใช้จากการทำงานสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับต่ำจากการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ในปัจจุบันที่มั่นคงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001 รายได้เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีอิสระในการใช้ชีวิต

หรือสามารถแสวงหาสิ่งที่นำมาซึ่ง ประโยชน์และความสุขแก่ตนเอง ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้อาจมีความวิตกกังวลกับค่าใช้จ่ายต่างๆ ในชีวิตประจำวันที่ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัทธกร วิริยวงศ์⁽¹⁰⁶⁾ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมี ภาวะซึมเศร้าสูงกว่า เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคง ในจิตใจ แตกต่างจากผู้ที่ไม่มียาได้หรือมีรายได้ไม่มั่นคง ทำให้ขาดเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ และเพิ่มความเครียดแก่ผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศรีธัญญา ยอดสุด⁽¹⁰⁷⁾ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมีโอกาสในการเข้าร่วมพบปะสังสรรค์กับกลุ่มสังคม ได้แลกเปลี่ยนข่าวสารมากกว่า ได้รับการยกย่องให้เกียรติยศ เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง อีกทั้งสามารถปรับตัวได้ดีกว่า และจาก การศึกษาของ รุ่งทิพย์ แปะใจ⁽¹⁰⁸⁾ที่ศึกษาการสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุ ที่มีรายได้น้อยมีโอกาสที่จะหาความสุขหรือได้รับการตอบสนอง ความต้องการ ใน ด้านต่างๆ โดยสะดวก ส่วนผู้ที่มีรายได้น้อย จะประเมินความสุขความพึงพอใจ ในระดับต่ำเนื่องจากไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองให้มีความสุขสบายได้ จากปัจจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่า รายได้มีความสำคัญต่อความสุขใจของผู้สูงอายุ นอกจากนั้นแล้วแหล่งที่มาของรายได้เองก็มีผลต่อ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเช่นกัน จากการศึกษาของ จิราลักษณ์ จงสถิตมัน,พรประภา สินธุนาวา และนภัส ศิริสัมพันธ์⁽¹⁰⁹⁾ที่ประเมินสถานสงเคราะห์ คนชราของรัฐซึ่งศึกษากรณีเฉพาะ สถาน สงเคราะห์ 3 แห่ง พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์ส่วนมากมีอาชีพรับจ้างแบบ รายวันหรือ ประกอบอาชีพเกษตรกร ทำให้ผู้สูงอายุ ไม่มีเงินเก็บสะสม อีกทั้งสถานะเศรษฐกิจของ เครือญาติ ใกล้ชิดก็อยู่ในระดับต่ำ ทำให้ผู้สูงอายุขาดแหล่งสนับสนุนทางการเงิน ต้องอาศัยการอนุเคราะห์จาก สถานสงเคราะห์ หรือจากการบริจาคของผู้ที่เข้ามาเยี่ยมเยือน ซึ่งเป็นแหล่งรายได้ที่ ขาดความ มั่นคง จากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์ มีรายได้ต่อเดือนประมาณ 100 – 200 บาท เท่านั้น ส่วนทางด้านผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมีแหล่งที่มาของรายได้ที่มั่นคง โดยเฉพาะรายได้จาก เงินบำนาญ/บำนาญ และจากบุคคลในครอบครัว แหล่งที่มาของรายได้มี ความสัมพันธ์กับภาวะ ซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001 เนื่องจากความ มั่นคงของรายได้ทำให้ ผู้สูงอายุ สามารถพึ่งพาตนเอง มีภาคภูมิใจในตนเอง มีความคาดหวังในชีวิต และมีความรู้สึกไม่เป็น ภาระแก่ลูกหลาน จากการศึกษาของ นันทวัน ใจกล้า⁽¹¹⁰⁾ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับ สภาพความเป็นอยู่ของ ผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์ พบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์ มีความต้องการช่วยเหลือ ด้านการเงินเพื่อเอาไว้อใช้จ่ายในสิ่งที่ตนต้องการ แต่สถานสงเคราะห์ ไม่มีการบริการไว้ให้ ถึงแม้จะมีผู้ มีจิตศรัทธามาบริจาคแต่ก็ไม่สม่ำเสมอ และไม่เพียงพอต้องขอยืม จากผู้อื่นผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้จาก แหล่งอื่นนอกจากการบริจาคก็มักอยู่ใน สภาพเจ็บเหงา ซึมเศร้า และบางครั้งอาจมีการลักขโมยของ

จากผู้สมาชิกท่านอื่นมาเป็นของตน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุ ที่มีแหล่งรายได้ที่ไม่มั่นคง มีแนวโน้มที่จะมีหนี้สิน และมีความวิตกกังวลกับค่าใช้จ่ายใน การดำรง ชีวิต ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ ไม่มีหนี้สินหรือมีเงินเหลือเก็บไว้ มีแนวโน้มของความรู้สึก ซึมเศร้าในระดับต่ำ และจากการศึกษาของ K.L Chou, I. Chi และ N.W.S Chow ⁽¹¹¹⁾ซึ่งศึกษาเกี่ยว กับความสัมพันธ์ของแหล่งที่มาของรายได้ และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สัญชาติ จีน-ฮ่องกง พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับรายได้จากบุตรนั้น มีภาวะซึมเศร้า ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้สูงอายุรับรู้ได้ถึง ความรัก การเอาใจใส่ ความกตัญญู ของบุตรทำให้ผู้ สูงรู้สึกว่าคุณยังมีค่ามีคนที่ยังรักและเป็นที่ยอมรับได้ จะเห็นได้ว่านอกจากรายได้ที่มั่นคงแล้วแหล่งที่มา ของรายได้ก็ยังมีผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของ ผู้สูงอายุเช่นกัน นอกจากนี้จากการศึกษานี้พบว่า ความ เพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้าที่ระดับน้อยกว่า 0.001 เนื่องจากผู้สูงอายุที่มี รายได้เพียงพอนั้นมีความสามารถที่จะ พึ่งพาตนเองได้ สามารถช่วยเหลือบุคคลอื่น และไม่รู้สึกเป็นปม ด้อย หรือต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Howard Litwin และ Eliyahu V. Sapir ⁽¹¹²⁾ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเพียงพอของรายได้ในผู้สูงอายุ 12 ประเทศ ในทวีปยุโรป พบว่าความ เพียงพอของรายได้เป็นปัจจัย ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกำลังในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวก หรือ สิ่งที่ต้องการอย่างอิสระ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ เพ็ญศรี หลินศุนนท ⁽⁹⁶⁾ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความ ซึมเศร้าของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเพียงพอของรายได้สัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้า ในระดับต่ำ ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ มักไม่ต้องกังวลกับการดำรงชีวิต และมีความสุขในการใช้ ชีวิต ขณะที่ผู้ที่มีปัญหาหนี้สิน จะมีความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายใน ดำรงชีวิต เช่น ค่ากับข้าว ค่าน้ำ ค่าไฟ และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนได้จากข้อจำกัด ของ เศรษฐฐานะและการศึกษาของ พนิตนันท์ โชติกรเจริญ ⁽¹¹³⁾ที่ศึกษา กิจกรรมทางกายกับความผาสุก ทางใจของผู้สูงอายุ จังหวัดกำแพงเพชร พบว่ารายได้ที่เพียงพอ เป็นปัจจัยหนึ่งของความผาสุก ทาง จิตใจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ ไม่เพียงพอ จะมีความผาสุกทางจิตใจในระดับต่ำ

จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นพบว่าคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มในการเกิดภาวะ ซึมเศร้า ได้แก่ เพศหญิง,สถานภาพโสด,ไม่มีบุตรหรือมีบุตรจำนวนน้อย,ไม่ได้รับการศึกษาหรือ มีการศึกษาใน ระดับต่ำ,ไม่มีรายได้,แหล่งที่มาของรายได้ไม่มั่นคง และมีหนี้สินหรือรายได้ไม่ เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย เป็นกลุ่มเสี่ยงที่หน่วยงานที่รับผิดชอบทั้งภาครัฐ และเอกชน ควรให้ความ สนใจและเฝ้าระวัง อีกทั้ง ให้ควรความช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ตามความเหมาะสม เช่น การส่งเสริมกิจกรรมที่เพิ่ม รายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อเป็นปัจจัยในการช่วยป้องกันการเกิด ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอีกทางหนึ่ง

ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความรู้สึกพึงพอใจในความสามารถในการดูแลตนเอง, ความสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่น, จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยม, ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวและความสัมพันธ์กับผู้ดูแลประจำ

ผู้สูงอายุที่รู้สึกพึงพอใจในความสามารถในการดูแลตนเองสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าระดับอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับน้อยกว่า 0.001 เนื่องจากผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แม้ว่าจะเป็กิจกรรมประจำวันง่ายๆ เช่น การอาบน้ำ, แปรงฟัน, กินข้าว, ซักผ้า, ล้างจาน เป็นต้น ย่อมรู้สึกว่าคุณสามารถเป็นที่พึ่งแห่งตนได้ ไม่จำเป็นต้องพึ่งพาหรือรอคอยความช่วยเหลือจากผู้อื่น ไม่ต้องเป็นภาระให้แก่ใคร สามารถมีอิสระในการควบคุมชีวิตตนเอง เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ David Ames⁽¹¹⁴⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับ Epidemiological และภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในบ้านพักของตนและอาศัยอยู่ในเนอร์ซิงโฮม พบว่าผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในการทำกิจกรรมประจำวันหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีแนวโน้มที่จะพบภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Djernes JK.⁽⁹⁰⁾ ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจกรรมโดยเฉพาะกิจกรรมเกี่ยวกับการดำรงชีวิตอย่างง่าย และกิจกรรมที่เคยทำเป็นปกติประจำ เป็นปัจจัย ทำนายของภาวะซึมเศร้าในระดับสูง และจากการศึกษาของ สายพิน ยอดกุล และจิตภินันท์ ศรีจักร์โครต⁽⁹⁵⁾ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมที่ต้องพึ่งพามีความสัมพันธ์ กับภาวะ ซึมเศร้าในเชิงบวก เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะมีความรู้สึกว่าตนเองด้อยความสามารถ ต้องคอยอาศัยให้ ผู้อื่นคอยช่วยเหลือตนเองอยู่ตลอด รู้สึกไม่มีความสุข และเกรงใจที่ต้องรบกวนผู้ดูแล จากการศึกษ ของ ภัทธราภ วิจารณ์วงศ์⁽¹⁰⁶⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม พบว่าภาวะทุพพลภาพมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า เนื่องจาก ภาวะซึมเศร้าอาจพัฒนา ขึ้นมาจากการตอบสนองต่อความสูญเสีย ความสามารถในการ ทำงานของร่างกาย โดยผู้สูญเสียไม่สามารถยอมรับหรือเข้าใจได้กับการสูญเสีย ที่เกิดขึ้นนั้น ซึ่งเป็นสาเหตุที่พัฒนาจนกลายเป็นความรู้สึกหมดหวังเศร้าซึมในที่สุด

นอกจากปัจจัยดังกล่าวจากการศึกษานี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่ทะเลาะเบาะแว้งกับเพื่อนหรือไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chia-Fen Tsai และคณะ⁽¹¹⁵⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมใน ระดับต่ำของผู้สูงอายุสัญชาติจีนที่อาศัยในบ้านพักทหารผ่านศึก พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง และจากการ ศึกษาของ Powers Bethel Ann⁽¹¹⁶⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ความสำคัญของมิตรภาพในสถานสงเคราะห์ พบว่าความสัมพันธ์

ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ในสถานสงเคราะห์มีผลกับ สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องอยู่ร่วมกับเพื่อนสมาชิกใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ความประพุดิต้านลบของเพื่อนสมาชิก เช่น การทำตัวเป็นอันธพาล การลักขโมย การทะเลาะวิวาท การวางอำนาจ การละเลยกฎเกณฑ์ระเบียบของสถานสงเคราะห์ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความหดหู่ใจ อึดอัดใจ และเครียด จากการศึกษาของ นันทวันใจกล้า⁽¹¹⁰⁾ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับ สภาพความเป็นอยู่ ของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ามาอาศัยในสถานสงเคราะห์ ซึ่งต้องอยู่ร่วมกับ สมาชิกท่านอื่นๆเป็นจำนวนมาก ต้องมีความอดกลั้นและต้องรู้จัก ปรับตัวเพราะสมาชิกแต่ละคน ก็มีที่มาแตกต่างกัน บางคนไม่เกรงใจใคร ไม่มีความรับผิดชอบ ไม่คิดถึงผู้อื่นซึ่งผู้สูงอายุอาจไม่ชิน ไม่พอใจกับเพื่อนสมาชิก ดังนั้นการปรับตัวของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญมาก ผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้ดี ยอมรับสภาวะที่แตกต่าง ก็จะเกิดปัญหาน้อยกว่า มีความสุขทางจิตใจ เพลิดเพลินกับสิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพใหม่ๆมากกว่า อีกประเด็นหนึ่งก็คือการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ก็เป็นปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสัมพันธภาพเช่นเดียวกัน ซึ่งจากการศึกษาของ เนตรนภา จัตรงค์แสง⁽¹³⁾ ศึกษาการเปรียบเทียบ อัตมโนทัศน์ และความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ภายในและภายนอก สถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ไม่มีเพื่อน ทำให้ผู้สูงอายุ มีความรู้สึกอยากอยู่คนเดียว ไม่อยากมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความรู้สึกต่างคนต่างอยู่ และไม่เปิดรับความสัมพันธ์ใหม่ๆ อีกทั้งยังไม่ค่อยติดต่อสัมพันธ์กับสังคมภายนอก ซึ่งยิ่งส่งผลทำให้ผู้สูงอายุ ได้รับความทุกข์จากภาวะซึมเศร้ามากขึ้นกว่าเดิม และยังมีปัญหาสัมพันธภาพสูงขึ้นตามมา

นอกจากนี้ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับญาติมิตรก็สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเช่นกัน จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีญาติมาเยี่ยมบ่อยครั้งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001 การมาเยี่ยมเยียนของญาติ เป็นการแสดงให้เห็นถึงความรัก ความเอื้ออาทร ความห่วงใย ที่ญาติมีต่อผู้สูงอายุ เป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นคงในจิตใจ และมีที่พึ่งพาไม่โดดเดี่ยว สอดคล้องกับการศึกษาของ Thomas E. Oxman และคณะ⁽¹⁰²⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับ แรงสนับสนุนทาง สังคมกับภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุ พบว่าการพบเจอกับบุตรหลาน หรือ การติดต่อกับครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการมาเยี่ยมราย สัปดาห์-ปี การโทรศัพท์ หรือการติดต่อในรูปแบบอื่นๆ มีผลต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้า เพราะ ผู้สูงอายุยังรู้สึกว่าตนเองไม่ถูกทอดทิ้ง หรือไร้การ เหลียวแล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Shinichi Demura and Susumu Sato⁽¹¹⁷⁾ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ไลฟ์สไตล์ และคุณภาพชีวิตใน ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่าความถี่ของการมาเยี่ยมของเครือญาติ มีความสัมพันธ์ด้านลบต่อ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ถึงแม้ผู้สูงอายุจะมีเพื่อนมาเยี่ยม หรือได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแล หรือพี่เลี้ยงอย่างแต่อย่างไก็ตามความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือพี่เลี้ยงก็ไม่สามารถที่จะทดแทน ความรู้สึกที่ผู้สูงอายุมีต่อเครือญาติ ครอบครัวของตนได้ ผู้สูงอายุมักมีความต้องการที่จะได้ใกล้ชิดกับสมาชิกในครอบครัว

โดยเฉพาะบุตรหลานรุ่นหลัง การที่ผู้สูงอายุยังคงสายสัมพันธ์กับบุตรหลานไว้ ทำให้ได้แลกเปลี่ยนเรื่องราวทุกข์สุข ได้อบรมสั่งสอน และได้แสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ให้แก่คนรุ่นหลัง อีกทั้งการแสดงออกถึง ความรัก ความเคารพนับถือ เชื่อฟัง การยกย่องของบุตรหลานเอง ก็ล้วนเป็นปัจจัยทำให้ผู้สูงอายุ เกิดความนับถือในตนเอง ว่าตนเองยังเป็นบุคคลที่ยังทรงคุณค่า มีความรู้ความสามารถ เป็นที่พึ่งได้ ขณะที่ผู้สูงอายุ ที่ขาดการติดต่อกับเครือญาติ มักเกิดความ รู้สึกอ้างว้างไม่เหลือใคร ไม่เป็นที่รักแม้ แต่คนในครอบครัว ไม่มีความสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุ โดดเดี่ยว ขาดที่พึ่งพา ท้อแท้ จากการศึกษาของ สุพรรณิ นันทชัย⁽⁶²⁾ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความว่าเหวและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าการที่บุตรหลานมาเยี่ยมผู้สูงอายุไม่บ่อยนักเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความว่าเหวในจิตใจของผู้สูงอายุ นอกจากนี้จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยมแล้ว สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและเครือญาติเองก็สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากค่านิยมสังคมไทยที่ให้ความสำคัญกับความกตัญญูของบุตรต่อ บิดามารดา ความรักความผูกพันในกลุ่มเครือญาติ ความสัมพันธ์ของครอบครัวเปรียบเสมือน รากฐานชีวิตของบุคคล เป็นแหล่งสร้างตัวตนของบุคคล และเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับครอบครัวในเชิงลบหรือไม่มีความรู้สึก ผูกพันกับครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.001 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สายพิน ยอดกุล และ จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร⁽⁹⁵⁾ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่าสายสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาบุคลิกภาพที่ดีและการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคล ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวที่เหมาะสม ส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหา ความเครียดที่เกิดขึ้นได้ดี ในขณะที่เดียวกันผู้ที่มีปัญหาสัมพันธภาพมักไม่สามารถเผชิญความเครียดได้มาก ปรับตัวได้ยาก เกิดความรู้สึกผิดหวัง ท้อแท้ได้ง่ายกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Alfred Dean, Bohdan Kolody และ Patricia Wood⁽¹¹⁸⁾ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบ ของการ สนับสนุนทางสังคม จากแหล่งต่างๆที่มีผลต่อผู้สูงอายุ พบว่าการสนับสนุนทางสังคม จากคู่สมรสและจากบุตรหลาน มีความสัมพันธ์กับการลดลงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และจากการศึกษาของ Iris Chi and Kee-Lee Chou⁽¹¹⁹⁾ที่ศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจีน ที่อาศัยในประเทศฮ่องกง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากครอบครัว และความรู้สึกพึงพอใจในการสนับสนุนนั้น มีความสัมพันธ์ในด้านลบกับระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ จากภาวะสูงวัยของผู้สูงอายุ ทำให้ความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่นๆลดลงไป สถาบันครอบครัวจึงเข้ามามีบทบาทหลักในการเป็นแรงสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัวที่มีอบความรัก ความเอาใจใส่ ยกย่อง ความเคารพ และมีความอบอุ่น จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่ามีความสำคัญต่อผู้อื่นขณะที่ผู้สูงอายุที่ถูกกละเลย ไม่ได้รับ

ความรัก มีแนวโน้มที่จะมองตนเองในด้านลบไม่พึงพอใจในตนเอง และโทษตนเองว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้ถูกทอดทิ้ง

นอกจากครอบครัวแล้วผู้ดูแลเองก็ถือว่าเป็นบุคคลที่สำคัญของผู้สูงอายุเช่นกัน จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์กับผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.001 เนื่องจากผู้ดูแลประจำเป็นแหล่งที่พึ่งพิงของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องพึ่งพา ผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย เช่น อาหาร ความสะอาด ความปลอดภัย และด้านจิตใจ เช่น ความเมตตา ความเคารพ การให้ความรัก จากการศึกษาของ อังคณา ตัณฑ์เอกคุณ⁽¹²⁰⁾ที่ศึกษาเกี่ยวกับ คุณภาพ การดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุ ที่พักในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่าผู้สูงอายุ มีความ คาดหวังให้ผู้ดูแลมีความเคารพนับถือ มีสัมมาคารวะ ให้เกียรติ และมีการพูดคุย ให้คำแนะนำ หรือ ให้การ ตักเตือนด้วยถ้อยคำสุภาพ มีเมตตากรุณาและโออบอ้อมอารี เช่นเดียวกับการศึกษาของ นันทวัน ใจกล้า⁽¹¹⁰⁾ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ พบว่า ผู้สูงอายุต้องการ ได้รับความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่สอบถามทุกข์สุข จากเจ้าหน้าที่ของ สถานสงเคราะห์ การ ให้เคารพในฐานะของผู้อาวุโสกว่าจากเจ้าหน้าที่ ทำให้รู้สึกว่าได้ รับ ความสนใจจากคนรอบข้าง และสามารถใช้ชีวิตต่อไปโดยไม่ต้องกังวลกับความทุกข์ในอดีต เมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาความสัมพันธ์กับ ผู้ดูแล ซึ่งอาจเกิดจากตัวของผู้สูงอายุเองหรือจากการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมของผู้ดูแล อาจกระทบต่อ สภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ เนื่องจากการ ใช้ชีวิตใน สถานสงเคราะห์ ผู้ดูแลถือว่าเป็นบุคคลที่มี อิทธิพลต่อความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ข้อกำหนดซึ่งผู้ดูแลเป็นคน ควบคุม การมีปัญหากับผู้ดูแลทำให้ผู้สูงอายุ ไม่สามารถเรียกร้อง หรือ ขอความช่วยเหลือจากแหล่ง อื่นได้ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกขาดที่พึ่งพิง และวิตกกังวล นอกจากนี้แล้วยังพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุ มีอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงซึ่งก่อให้เกิดความ รู้สึกเครียดแก่ผู้ดูแล และทำให้ผู้ดูแล มีอคติในเชิงลบกับผู้สูงอายุได้ ซึ่งจากงานวิจัยของ Manuel Soldato และคณะ⁽¹²¹⁾ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและทัศนคติของผู้ดูแลในบ้านพัก ผู้สูงอายุ พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ ซึมเศร้าทำให้เกิดความรู้สึกลำบากใจ และไม่พึงพอใจแก่ ผู้ดูแล เนื่องจากประการแรกผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ต้องการความช่วยเหลือมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ปกติ โดยผู้ดูแลต้องคอยดูแลแม้แต่กิจวัตรประจำวัน ที่สามารถทำได้เอง ประการที่สองคือภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้สูงอายุหลบเลี่ยงจากสังคม ทำให้ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลลดลง ประการที่สาม คือ การขาดการ สนับสนุนและกำลังใจในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Graziano onder และคณะ⁽¹²²⁾ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะทุกข์ใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุในบ้านพัก คนชรา ประเทศยุโรป พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่เพิ่มความทุกข์ใจให้แก่ผู้ดูแลทำให้ ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย และมีอารมณ์โกรธเกรี้ยว ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่อ

ผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ หรือกระทำด้วยความรู้สึกที่ผู้สูงอายุเป็นภาระแก่ตนมาก ซึ่งการแสดงออก ของผู้ดูแลจากทัศนคติด้านลบนี้ อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุรุนแรงขึ้น

จากปัจจัยด้านจิตสังคม พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกพึงพอใจในความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ, ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับสมาชิกคนอื่น, ไม่ค่อยมีญาติมาเยี่ยม, มีความสัมพันธ์กับ สมาชิกในครอบครัวที่ไม่ดีก่อนเข้าพัก และมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับผู้ดูแลประจำ เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่มีแนวโน้มพบภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเอง ตามความสามารถของผู้สูงอายุ เช่นการให้อุปกรณ์ช่วยเดิน, การสอนพลิกตะแคงตัวในผู้สูงอายุที่ อ่อนแรง อาจเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ พึ่งพาตนเองได้ อีกทั้งการส่งเสริมสัมพันธภาพ ของผู้สูงอายุและกลุ่มสังคมรอบข้างทั้ง เพื่อนสมาชิก ครอบครัว และผู้ดูแลก็เป็นปัจจัยที่ช่วยลดระดับภาวะของผู้สูงอายุอีกทางหนึ่ง ซึ่งการส่งเสริมอาจทำได้ โดยการทำกิจกรรมร่วมกัน, การประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการออกกฎเกณฑ์ข้อบังคับ เช่น การจัดกิจกรรมสนทนาการระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล, การจัดกีฬาสรีระหว่างห้องพัก, การรณรงค์ ให้ครอบครัวเห็นความสำคัญในการเข้าเยี่ยมผู้สูงอายุ เป็นต้น

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การตัดสินใจเข้าพัก, ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย, จำนวนสมาชิกในห้องพัก, ความพึงพอใจต่ออาหาร, ความพึงพอใจต่อการให้บริการจากเจ้าหน้าที่, ความพึงพอใจต่อคำปรึกษา/ความใส่ใจจากเจ้าหน้าที่, ความบอຍในการเข้าร่วมกิจกรรมอาชีวบำบัด กิจกรรมนันทนาการ, กิจกรรมทางศาสนา และการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การตัดสินใจในการเข้าพักมีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ตัดสินใจด้วยตนเองในการเข้าพักเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Mary C. Commerford และ Marvin Reznikoff⁽¹²³⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างศาสนาและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับ การเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในเนอร์ซิงโฮม พบว่าการมีสิทธิในการเลือกที่พักด้วยตนเองส่งผลด้านลบต่อภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนสามารถควบคุม ดูแลชีวิตของตนเองได้และมีอิสระทางความคิดมากกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมใจ โชติพันธุ์⁽⁸⁵⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้า ในสถานสงเคราะห์บาง แคน พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ตัดสินใจเข้าพักด้วยตนเองมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่า เนื่องจากผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองถูกลูกหลานทอดทิ้ง ด้อยคุณค่า และหมดความสามารถเป็นภาระให้แก่ลูกหลานจึงถูกนำมาตั้ง

ไว้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า จากกฎเกณฑ์ของสถาน สงเคราะห์เอง กำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีความสมัครใจเท่านั้น จึงสามารถรับเข้าบริการได้ ดังนั้นผู้อื่น จึงไม่มีสิทธิในการนำผู้สูงอายุมาทิ้งไว้ที่สถาน สงเคราะห์ และผู้สูงอายุส่วนมากที่เข้ามารับการ บริการการสงเคราะห์เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีที่ไป ไม่มีใครให้พึ่งพา หรือมีปัญหาสัมพันธภาพอย่างมาก จึงตัดสินใจเข้ารับบริการ จากการศึกษานี้ของ พิมลรัตน์ สายจันทดี⁽²⁹⁾ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับ การตัดสินใจเข้ารับ การสงเคราะห์ ในสถานสงเคราะห์คนชรา เฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่เป็น อุปถัมภ์) จังหวัดนครปฐม พบว่าเหตุผลที่ ผู้สูงอายุตัดสินใจเข้าพักคือ ไม่ต้องการเป็นภาระให้แก่ลูกหลาน หรือไม่มีที่พึ่งพิงเป็นของตนเอง และการไม่สามารถปรับตัวเข้ากับ สมาชิกในครอบครัว ไม่ยินยอมให้บุคคลอื่น เข้ามาในครอบครัว มีความรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนเกิน เป็นภาระที่ไม่มีใครต้องการ ล้วนเป็นแรงผลักดันให้ ตัดสินใจเข้าพักในสถานสงเคราะห์ทั้งๆที่ผู้สูงอายุ ยัง อยากรักษาอาศัยอยู่กับลูกหลานแต่ก็ไม่สามารถอยู่ได้ เนื่องจากภาวะกดดันและบีบบังคับหลายด้าน ทำให้ต้องตัดสินใจย้ายออกมาอยู่ เพียงลำพัง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการปรับตัวครั้งสำคัญ ซึ่ง อาจนำไปสู่ความรู้สึกน้อยอกน้อยใจ เศร้าเสียใจ และด้อยคุณค่าที่ต้องตัดขาดจากครอบครัว เสมือนว่า ถูกทอดทิ้ง และจากการศึกษาของ รวีวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล⁽²¹⁾ที่ศึกษาเปรียบเทียบ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุบ้านพักคนชราบ้านจันทบุรี พบว่า เหตุผลส่วนใหญ่ที่ ผู้สูงอายุเข้ารับการสงเคราะห์เนื่องการ มีปัญหาความสัมพันธ์กับญาติ และรู้สึกเกรงใจญาติจึงตัดสินใจ ย้ายมาอยู่ในสถานสงเคราะห์ ส่วนทางด้านผู้สูงอายุที่มีลูกหลานเป็นผู้จัด เตรียมคัดเลือกสถานที่ ให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุทั้งหมด เป็นการแสดงให้เห็นถึงความรักความกตัญญูของบุตรหลาน ที่มีต่อผู้สูงอายุ ด้านผู้สูงอายุเองก็สามารถรับรู้ได้ว่าสาเหตุที่บุตรหลานนำมาเข้าพักเกิดจากความ ห่วงใย ความหวังดี ความปรารถนาดีที่มีให้แก่ผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุ ยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงได้ มากกว่า สามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่จำใจต้องเข้ารับบริการ เนื่องจากไม่มีที่อื่นให้พึ่งพิง นอกจากความสมัครใจในการเข้าพักแล้วความพึงพอใจที่ผู้สูงอายุ มีต่อที่พักรักก็มีความสัมพันธ์ กับภาวะ ซึมเศร้าเช่นกัน ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัยในงานวิจัยนี้ เกี่ยวข้องกับทั้งทางด้านกายภาพและปัจจัย อื่นๆโดยรวมของสถานที่พักอาศัย ผู้สูงอายุที่มีความ พึงพอใจในสถานที่พักระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.001 จากงานวิจัยของ Mark La Gory และ Kevin Fitpatrick⁽¹²⁴⁾ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ผลกระทบของสภาวะแวดล้อมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่พึงพอใจกับสภาพแวดล้อมในสถานที่พักระดับต่ำมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง เนื่องจากสิ่งแวดลอมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง การเสื่อมสัถยภาพของ ร่างกายและสติปัญญา ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวกับสภาพแวดล้อมได้ลด น้อยลง สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมจะส่ง ผลกระทบต่อผู้สูงอายุมากกว่าวัยอื่นๆ และจากการศึกษา ของ อังคนา ตันท์เอกคุณ⁽¹²⁰⁾ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่ พักในสถาน สงเคราะห์คนชรา พบว่าความคาดหวังเกี่ยวกับสิ่งแวดลอมในสถานสงเคราะห์ได้แก่

ความสงบ ร่มรื่นของสถานที่พัก การปราศจากเสียงดังรบกวน มลภาวะ และมีภาพที่ชวนมอง, ความสัมพันธ์ อันดีระหว่างสมาชิก, ความสะอาดของสถานที่พัก ความปลอดภัยจากอุบัติเหตุอันเนื่องมาจาก ความไม่เหมาะสมของ สถานที่ เช่น บันไดที่สูงเกินไป พื้นที่ลื่น เป็นต้น รวมทั้งความพอเพียงของ อุปกรณ์อำนวยความสะดวก สะดวกในการดำรงชีวิต เช่น อุปกรณ์ที่ช่วยพยุงร่างกาย หรือช่วยในการ เคลื่อนที่, พื้นที่ใช้สอยที่ กว้างขวางของสถานที่พัก, ความเป็นสัดส่วนของที่พักออาศัย และสุดท้าย คือสิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่ สิ่งสาธารณูปโภค โทรทัศน์ วิทยุ โทรศัพท์ เป็นต้น นอกจากนี้จาก การศึกษาของ Yun-Fang Tsai⁽⁸⁷⁾ ที่ศึกษาเกี่ยว กับ Self-Care Management และ ปัจจัยเสี่ยงของ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในเนอร์ซิงโฮม ประเทศ ไต้หวัน พบว่าระดับความพึงพอใจต่อสถานที่พักของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเชิงลบ เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่ค่อนข้างจำกัด ของเนอร์ซิงโฮมและตารางเวลาการทำกิจกรรมที่เคร่งครัด ไม่เอื้อให้ผู้สูงอายุมีพื้นที่ส่วนตัวใน การให้ความใส่ใจและดูแลรักษาตนเองแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อาศัย ภายนอกเนอร์ซิงโฮมที่มี สภาพความเป็นอยู่ที่มีอิสรภาพทำให้ผู้สูงอายุสามารถหันมาให้ความสำคัญ ในการดูแลรักษา ภาวะซึมเศร้าของตนเองได้ดีกว่า จากปัจจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่าสภาวะแวดล้อมของที่พัก อาศัยมีความสัมพันธ์กับ สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมจะส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีความมั่นใจในการดำรง ชีวิต รู้สึกปลอดภัย ไม่ต้องวิตกกังวล กับสิ่งที่เป็นอันตราย พึงพอใจในการใช้ชีวิตในปัจจุบันปลายอย่างเป็นสุข

นอกจากความพึงพอใจต่อสถานที่พักแล้วจำนวนสมาชิกในห้องพักเองก็มีผลต่อภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่พักอยู่ใน ห้องเดียวกันเป็นจำนวนมากมีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001 เนื่องมาจากความแออัดของสถานที่พัก ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเป็นส่วนตัวของ อีกทั้งปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในห้องพัก ก็ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอึดอัดใจและกดดันกับสภาพแวดล้อมที่จำกัด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Swartz, M. และ Blazer⁽¹²⁵⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการแพร่ของภาวะความผิดปกติด้านอารมณ์ในผู้สูงอายุ พบว่าการขาดหรือการถูกลด Autonomy ของผู้สูงอายุมีผลให้เกิดความรู้สึกด้านลบในผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับ วรวรรณ นิตบงกช ซึ่งอ้างอิง Pastalan⁽¹²⁶⁾ กล่าวว่า ความเป็นส่วนตัวสำคัญมากสำหรับการอาศัยส่วนบุคคล ความเป็นส่วนตัวคือการที่บุคคลได้พักผ่อน หลบเลี่ยงจากสังคมภายนอก และยุติบทบาทที่แสดงออกทางสังคมเสมือนนักแสดงที่ต้องหยุดพักจากบทบาทบนเวที เพื่อที่ระลึกถึงภาพต่างๆ วางแผนและแสดงพฤติกรรมที่เขาเห็นว่าเป็นส่วนตัว และจากการศึกษาของ อังคณา ตันท์เอกคุณ⁽¹²⁰⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พักใน สถานสงเคราะห์คนชรา พบว่าผู้สูงอายุคาดหวังความเป็น ส่วนตัว สถานที่ พักผ่อน หรือที่ที่สามารถ อยู่ตามลำพังได้เมื่อต้องการ แต่เนื่องจากความต้องการสถานที่พักออาศัยที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ทำให้ สถานสงเคราะห์และสถานบริการต้องเพิ่ม

จำนวนสมาชิกในแต่ละห้องพัก เพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าจำนวนสมาชิกในห้องพักส่วนมากอยู่ระหว่าง 6-10 คน ต่อห้องพักหนึ่งห้อง ซึ่งเป็นการอยู่ร่วมกันที่ค่อนข้างแออัด สมาชิกแต่ละคนเองก็มีอุปนิสัย และความเป็นมาที่แตกต่างกัน การปรับตัวเข้าหากันของสมาชิกไม่ใช่เรื่องที่สามารถเกิดขึ้นได้เสมอ สมาชิกบางท่านที่ไม่สามารถรับหรือทนกับอุปนิสัยและพฤติกรรมของสมาชิกท่านอื่น อาจนำไปสู่ ปัญหาสัมพันธภาพ การทะเลาะเบาะแว้ง หรือการทำร้ายร่างกายในที่สุด ผู้สูงอายุส่วนมากต้องทน กับสภาวะความคับข้องใจที่เกิดขึ้นเนื่องจากไม่ต้องการที่จะก่อปัญหา และเป็นกฎเกณฑ์ข้อบังคับ ของสถานที่ที่กำหนดจำนวนสมาชิกในห้อง ผู้สูงอายุจึงไม่สามารถทำอะไรได้ ส่งผลต่อสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด และอึดอัดใจ

นอกจากปัจจัยด้านความสัมพันธ์แล้วยังพบว่าความไม่พึงพอใจต่อบริการด้านอาหาร สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาความพึงพอใจต่อการบริการด้านอาหาร จะรวมทั้ง คุณภาพ ปริมาณ มื้ออาหาร และรสชาติของอาหาร ความพึงพอใจต่อการบริการด้านอาหารมีความ สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เนื่องจากอาหารถือว่าเป็นปัจจัย ที่สำคัญในการดำรงชีวิต และเป็นการเพิ่มความสุขทางด้านจิตใจให้แก่บุคคล จากภาวะสูงวัยส่งผล ให้ผู้สูงอายุสามารถรับรสชาติของอาหารได้ลดน้อยลง อาหารมักไม่ถูกปากและถูกใจผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ความเพลิดเพลินจากการรับประทานอาหารก็ลดลงตามไปด้วย ผู้สูงอายุมักเบื่ออาหารหรือเลือกรับประทานอาหารที่แปลกใหม่ไม่ซ้ำซาก แต่จากการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุไม่ค่อย มีทางเลือกในการรับประทานมากนัก อาหารส่วนใหญ่เป็นอาหารที่ทางสถานบริการจัดเตรียมเอาไว้ให้ซึ่งอาจมีรสชาติที่ไม่ถูกปากผู้สูงอายุ เนื่องจากต้องจัดเตรียมให้แก่ผู้สูงอายุจำนวนมาก ไม่สามารถจัดเตรียมเฉพาะผู้สูงอายุคนใดคนหนึ่งได้ ปัจจัยดังกล่าวอาจทำให้ผู้สูงอายุมีความ เบื่อหน่าย ไม่พึงพอใจกับอาหารที่ได้รับ อีกทั้งยังไม่มีกำลังเพียงพอในการออกไปซื้อหาอาหารมา รับประทานเองต้องรอคอยความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ หรือจากญาติๆที่มาเยี่ยม ซึ่งไม่สามารถตอบสนองแก่ความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างทันใจ จากการศึกษาของ อังคณา ตันท์เอกคุณ⁽¹²⁰⁾ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุ ที่พักในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังต่อการบริการด้านอาหารแบ่งออกเป็น 4 ด้านได้แก่ รสชาติ รายการอาหาร ปริมาณอาหาร และลักษณะเฉพาะของอาหาร ด้านรสชาติของอาหารพบว่าผู้สูงอายุต้องการ ให้อาหารมีรสชาติแปลกใหม่แตกต่างจากเดิม รวมถึงไม่มัน และมีรสไม่หวานหรือเค็มจัดจนเกินไป ด้านปริมาณอาหาร พบว่าผู้สูงอายุต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงรายการอาหารไม่ให้ซ้ำซาก ให้มี การหมุนเวียนผลัดเปลี่ยนวัตถุดิบในการประกอบอาหารให้ต่างกันในแต่ละมื้อ และไม่ประกอบ อาหารประเภทเดียวกันติดต่อกัน ด้านปริมาณอาหาร พบว่าผู้สูงอายุได้รับประทานอาหารเพียงพอ ครบทั้ง 3 มื้อ และมีอาหารว่างบริการวันละ 2 มื้อ ในด้านสุดท้ายคือลักษณะของอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุต้องการ

รับประทานอาหารที่นุ่ม ไม่แข็งหรือเหนียว เคี้ยวยาก อีกทั้งข้าวควรหุงให้พอดี ไม่แข็งหรืออืดจนเกินไป เพราะข้าวเป็นอาหารหลักสำคัญที่ผู้สูงอายุต้องรับประทานในทุกๆ มื้อ

อีกประเด็นหนึ่งคือภาวะซึมเศร้าซึ่งส่งผลต่อร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุหมดความอยากอาหาร ทานได้น้อยลง และอาหารไม่อร่อยถูกปาก สอดคล้องกับการศึกษาของ M. Cankurtaran และคณะ⁽¹²⁷⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ตุรกีสเนอร์สซึ่งโฮม และ Nutritional Status Assessment Project พบว่าผู้สูงอายุ ที่มีภาวะขาดสารอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเนอร์ส ซึ่งโฮม เนื่องจากภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุลดปริมาณอาหารที่ทานให้น้อยลง หรือไม่รับประทานอาหาร เช่นเดียวกับงานวิจัย ของ Marcos Aparecido Sarria Cabrera⁽¹²⁸⁾ ศึกษาเกี่ยวกับ ภาวะขาดสารอาหาร และอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่าอาการซึมเศร้า ของผู้สูงอายุส่งผลต่อพฤติกรรมการทานอาหาร กล่าวคือ ลดมื้ออาหารลง, ปริมาณ อาหารที่ทาน ลดลง, ไม่อยากอาหาร ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการของภาวะขาดสารอาหารในที่สุด หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ซึ่งนอกจากปัจจัยด้านอาหารแล้วยังพบว่าความไม่พึงพอใจต่อการบริการของเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่พึงพอใจกับการบริการของเจ้าหน้าที่ในระดับต่ำมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001 เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่มากเกินไป และจำนวนผู้ดูแลที่จำกัด ทำให้ผู้สูงอายุเข้าไม่ถึงการบริการ หรือรับบริการได้ไม่เต็มที่ อีกทั้งคุณภาพการบริการก็ไม่เป็น ไปตามความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งจากงาน วิจัยของ K. Jongenelis และคณะ⁽⁸⁸⁾ ซึ่งศึกษาความชุกและปัจจัยบ่งชี้ของภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่อาศัยในเนอร์สซึ่งโฮม ทางตอนเหนือของ ประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่าการได้รับการ ที่ไม่เพียงพอกับความ ต้องการของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้สูงอายุมีความคาดหวังในระดับของการบริการ เมื่อไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ผู้สูงอายุจะโทษตนเองว่าตนเอง เป็นภาระให้แก่ผู้อื่น และมองตนเองในด้านลบ จากการศึกษาของ จิราลักษณ์ จงสถิตมันัน, พรประภา สิ้นธนูวา และนภัส ศิริสัมพันธ์⁽¹⁰⁹⁾ เกี่ยวกับการประเมินสถานสงเคราะห์คนชรา ของรัฐ 3 แห่ง พบว่า สถานสงเคราะห์ขนาดใหญ่ มีอัตราผู้สูงอายุต่อพี่เลี้ยง ประมาณ 350:20 คน สถานสงเคราะห์ขนาดกลางมีประมาณ 200:10 จะเห็นได้ว่าผู้ดูแล 1 คน ต้องรับภาระในการดูแล ผู้สูงอายุประมาณ 20 คนซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่มากเกินไป ส่งผลให้การดูแลอาจขาดประสิทธิภาพ และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละคนก็มีภาวะสุขภาพและความต้องการในการพึ่งพาที่แตกต่างกันออกไป ผู้สูงอายุบางท่านอาจต้องการการดูแลที่ มากกว่าท่านอื่น อาจเนื่องด้วยภาวะเสื่อมถอยของร่างกายหรือภาวะของจิตใจ การที่ผู้ดูแลไม่ สามารถให้การตอบสนองที่เพียงพอ อาจส่งผลให้ภาวะดังกล่าวเสื่อมถอยหรือทรุดลงกว่าเดิม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเครียด และกังวลเกี่ยวกับสภาพของตนเอง และการที่ไม่ได้รับการดูแล ไม่รู้จะหัน หน้าไปพึ่งพาใคร หหมดหวัง และท้อแท้ใจ อีกประเด็นหนึ่งที่ต้องพิจารณา ก็คือการแสดงออกของ พฤติกรรมในผู้สูงที่มีภาวะซึมเศราก็อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีระดับความพึงพอใจ

ในระดับต่ำกว่าปกติ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอารมณ์เศร้ามักมองตนเองและโลกในด้านลบ ซึ่งมักไม่อยู่ในฐานแห่งความจริง อีกทั้งภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความต้องการความช่วยเหลือที่สูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป การไม่ได้รับการดูแลที่เพียงพอทำให้ผู้สูงอายุยิ่งมองตนเองว่าด้อยค่าและไม่มี ความหมาย ทั้งผู้ดูแล ก็มักมองว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นผู้ที่ก่อปัญหาเนื่องจากต้องคอยดูแลช่วยเหลือตลอดเวลา จากการศึกษาของ Graziano onder และคณะ⁽¹²²⁾ที่ศึกษา เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะทุกข์ใจ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราในทวีป ยุโรป พบว่าผู้ดูแลจำนวนมากมีความเครียดในงานดูแล ผู้สูงอายุ มีความต้องการความช่วยเหลือเพิ่มและมีความต้องการเปลี่ยนงาน และจากการศึกษาของ ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ และ เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์⁽¹¹⁾ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบ การปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนมาก มีรายได้ที่ต่ำ งานหนัก ไม่มีสวัสดิการที่ดี ขาดความเชี่ยวชาญ ทำงานอยู่เพียงช่วงเวลาไม่นาน ก็เปลี่ยนงาน และไม่มีคุณภาพจิตใจในงาน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล ผู้สูงอายุได้ ระดับความพึงพอใจต่อบริการมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้สูงอายุที่มีต่อการ บริการ และทัศนคติของผู้ให้บริการต่องานบริการ หากทั้งผู้รับ บริการและผู้ให้บริการมีมุมมอง ต่อการบริการใกล้เคียงกัน ระดับความพึงพอใจของการบริการก็จะอยู่ในระดับสูง แต่หากฝ่ายใดฝ่าย หนึ่ง มีมุมมองที่แตกต่างออกไป ระดับของความพึงพอใจและคุณภาพการบริการก็จะอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นผู้ให้บริการและผู้รับบริการควรมีความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับความคาดหวังในการบริการ

นอกจากความพอใจต่อการบริการแล้ว ความพึงพอใจต่อการให้คำปรึกษาหรือการเอาใจใส่แก่ผู้สูงอายุของเจ้าหน้าที่เองก็มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พูลสิน เฉลิมวัฒน์⁽¹⁴⁾ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การ การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ พบว่าการได้รับ การดูแลเอาใจใส่เสมือนเป็นญาติมิตร การเข้าใจและเอื้ออาทรของเจ้าหน้าที่เป็นแรงส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุมีกำลังใจ และช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับ พัชรินทร์ คำอินทร์⁽¹²⁹⁾ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยผู้ดูแลในครอบครัว พบว่าความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อผู้ดูแล ได้แก่ การปฏิบัติดูแลด้วยความเข้าใจในผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่เข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจส่งผลให้การดูแลที่ผู้สูงอายุ ได้รับมีประสิทธิภาพ, การปฏิบัติด้วยความเต็มใจ และเอาใจใส่, การสื่อสารพูดคุยที่ดีหรือการสื่อสาร ในเชิงบวก ใช้ถ้อยคำที่สุภาพ ทำให้ฟังแล้ว เกิดความสบายใจ และการดูแลที่ทำด้วยความเคารพรัก และผูกพัน สิ่งเหล่านี้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ตระหนักถึงคุณค่าแห่งตน มีความรู้สึกเป็นสุข ปลื้มใจ และอบอุ่นใจ และจากการศึกษา ของ Karel G.Brühl⁽¹³⁰⁾ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลและ ผู้ช่วยพยาบาลกับการตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่าการที่พยาบาลหรือผู้ช่วยรู้จักอุปนิสัย ลักษณะอารมณ์

ของผู้สูงอายุให้ความสนใจ ใส่ใจในการสังเกตและชี้ชัดถึงความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม ที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษา อาการซึมเศร้าตั้งแต่วัยแรก และทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการหาย จากโรคและฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว แต่จากการศึกษาพบว่าพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลส่วนใหญ่ สามารถสังเกตภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ในระดับต่ำทำให้ผู้สูงอายุส่วนมากต้องทุกข์ทรมานจาก ภาวะซึมเศร้าเป็นระยะเวลาานาน ดังนั้นการที่ผู้ดูแลให้คำปรึกษา คอยสอบถามสารทุกข์สุกดิบกับผู้สูงอายุ นอกจากเป็นการช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุแล้ว ยังเป็นการเพิ่มความรู้สึกรักมีคุณค่า และไม่ถูกมองข้ามของผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุต้องจากบ้านมา อาศัยในสถานที่ใหม่กับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก การที่ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกในจิตใจออกมาให้ผู้อื่นได้รับฟัง โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ฯคอยดูแล ซึ่งเปรียบเสมือนลูกหลานของผู้สูงอายุเองทำให้ผู้สูงอายุ ยังมีความรู้สึกว่ายังมีคนที่เข้าใจและพร้อม ที่รับฟังเมื่อผู้สูงอายุเป็นทุกข์ ไม่สบายใจ มีที่พึ่งพาทางจิตใจ นอกเหนือจากบุคคลในครอบครัว

นอกจากนั้นแล้วการที่ผู้ดูแลสนิทสนมใกล้ชิด รู้จักอุปนิสัยของผู้สูงอายุก็ยิ่งเป็นการป้องกัน และ เฝ้าระวังความเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของผู้สูงอายุได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการให้คำปรึกษาและความใส่ใจของเจ้าหน้าที่นอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีที่พึ่ง และได้รับสำคัญแล้วยังช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

นอกจากนี้ยังพบว่าความบ่อยในการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมที่จัดขึ้นมีส่วนสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมอาสาสมัครและนันทนาการส่งผล สัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01 เนื่องจากการมีส่วนร่วม ร่วมกับกิจกรรม ทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีความสามารถในการปรับตัวได้ดีกว่า และการพัฒนาความสามารถทักษะของตนเองก่อให้เกิด ความรู้สึกภาคภูมิใจ พึงพอใจในตนเอง อีกทั้งยังเป็น แหล่งรายได้แก่ผู้สูงอายุ และเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์อีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ Osada H. และคณะ(98)ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะและศักยภาพด้านร่างกายกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอายุ 75 ปี พบว่าการทำกิจกรรมที่มีความ สนุกสนานเพลิดเพลินในยามว่างส่งผล ด้านลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษา ของ Sugisawa H. และ Shibata H(131)ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตสังคมเป็นตัวบ่งชี้ต่อการ เปลี่ยนแปลงของกิจวัตรประจำวันและ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ Stroke พบว่า การมีกิจกรรมในยามว่างที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจ เป็นการช่วงผ่อนคลายจิตใจของผู้สูงอายุอีกทั้ง เป็นการช่วยเสริมทักษะความชำนาญแก่ผู้สูงอายุ มีผลต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้า และจากการศึกษาของ อิงใจ จันทมูล (54) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความชุก ของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีส่วนร่วมกับกิจกรรมในสังคมในรอบปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าในระดับสูง จากการศึกษา

ของ เบญจมาศ นาควิจิตร⁽³⁵⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตสังคม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล สุขภาพตนเอง และความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในกิจกรรม เป็นสมาชิกของชมรมหรือสมาคมเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในด้านบวก ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่ไม่มีงานอดิเรกมีความสัมพันธ์ด้านลบกับภาวะสุขภาพจิต และเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า การที่ผู้สูงอายุได้ใช้เวลาว่างของตน ในการทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ เช่น งานเย็บปักถักร้อย การท่องเที่ยว เป็นการเพิ่มความ สุขและ ความสงบให้แก่ผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุยังคงการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับผู้อื่น ในสังคม การสร้างหรือคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มเพื่อนหรือคนรุ่นหลังก็เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริม เครือข่ายทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะมองว่าตนเองมีคุณค่ามีความรู้ความเชี่ยวชาญ ซึ่ง สามารถถ่ายทอดให้แก่ผู้อื่นซึ่งประโยชน์แก่สังคม อีกทั้งกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมรายได้ ให้แก่ตนเอง ช่วยทำให้แก่เหงา และไม่ทำให้ผู้สูงอายุคิดฟุ้งซ่าน ดังนั้นจึงเป็นการช่วยลดภาวะ ซึมเศร้าให้แก่ ผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาบ่อย ระดับปานกลาง - ระดับมากมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญที่ ระดับน้อยกว่า 0.05 เนื่องจากการเข้าร่วม กิจกรรมทางศาสนาส่งผลให้จิตใจเกิด ความสงบ ความผาสุก อีกทั้งยังให้ข้อคิด ในการดำเนินชีวิต การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา ไม่ว่าจะเป็น การสวดมนต์ ไหว้พระ ฟังเทศน์ ฟังธรรม อ่านหนังสือธรรมะล้วน แล้วแต่มีผลต่อภาวะจิตใจของ ผู้สูงอายุทั้งสิ้น ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์⁽¹³²⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพใน ครอบครัว ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติธรรม กับความผาสุกทาง วิญญาณของผู้สูงอายุ พบว่าการปฏิบัติ ธรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของจิตวิญญาณ เนื่องจากการปฏิบัติธรรมในพุทธศาสนา เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อให้บุคคลสามารถ อยู่ร่วมกับ ผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข ทำให้มี ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น จิตใจสงบเป็นสุข และ เป็นเครื่อง ยึดเหนี่ยวของจิตใจ และจากการศึกษา ของ นุสรรา วรภัทราท⁽¹³³⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ประสบการณ์ การจัดการอาการของผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากการรับบริการ รักษาและ การบำบัดจากทีมสุขภาพจิตแล้ว การ แสวงหาแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจอันได้แก่ ศาสนา และ ครอบครัว ก็มีช่วยในการบรรเทาภาวะ ซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยได้ โดยจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า การยึดต่อหลักคำสอนของศาสนา การเชื่อใน เรื่องของ เวนกรรม การปล่อยวางเรื่องราวที่เป็นทุกข์ ช่วยเป็นพลังในการต่อสู้กับอาการที่เกิดขึ้นจาก การศึกษาของ Mary C.Commerford และ Marvin Reznikoff⁽¹²³⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ ระหว่างศาสนาและการได้รับแรงสนับสนุน ทางสังคม กับการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่อาศัยในเนอร์ซิงโฮม พบว่า การเข้าร่วม กิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางลบกับ ภาวะซึมเศร้า และมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการ เห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับ การศึกษาของ พูลสิน เฉลิมวัฒน์⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของ

ผู้ป่วยวัยสูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุใช้ การทำกิจกรรม ทางศาสนาเป็นส่วนช่วยในการลดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากทำให้จิตใจเป็นสุข ไม่ว่าจะทำ ให้มีสติ มีสมาธิ ช่วยทำให้อารมณ์ดีขึ้น และยังใช้คำสอนของ ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยว จิตใจ ใช้ในการ แก้ปัญหาชีวิต และเป็นแนวทาง ในการดำเนินชีวิตอย่าง เป็นสุข ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทาง ศาสนาบ่อยครั้งย่อมมีผลให้ผู้สูงอายุซึมซับหลักคำสอนของ ศาสนา เข้าใจในความเป็นไปของโลก ช่วยในการปรับเปลี่ยนมุมมอง แนวความคิดของตนเอง ทำให้ ผู้สูงอายุมีความปล่องวาง ไม่ยึดติดกับ ความคิดหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เป็นทุกข์ นอกจากนี้การนำหลัก ศาสนามาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ยังช่วยส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการดำรงชีวิตมาก ขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล รอบข้าง และทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมของ ตนเองได้ ปัจจัยเหล่านี้จะส่งผล ให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างสงบ และเป็นสุข ไม่กังวล หรือยึดติดกับ อดีตที่ทำให้ตนเองทุกข์ นอกจาก ความบ่อยในการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาแล้วยังพบว่าความบ่อย ในการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพก็มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเช่นกัน ผู้สูงอายุที่เข้าร่วม กิจกรรมด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ น้อยกว่า 0.001 เนื่องจากการที่ผู้สูงสามารถเข้าถึง การบริการทางการแพทย์ ทำให้เกิดความเข้าใจต่อโรค และการ ดูแลรักษาตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุไม่ ต้องวิตกกังวล หรือเครียด กับภาวะเจ็บป่วยของตน จากการศึกษา ของ เบญจมาศ นาควิจิตร ⁽³⁵⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทาง จิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแล สุขภาพตนเอง และความสุข ของผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุ ที่รับรู้ศักยภาพในการดูแล สุขภาพของตนเอง มีเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ มีความเชื่อมั่นในอำนาจ ภายใน - ภายนอกตนเอง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมีแนวโน้ม ที่จะ มี พฤติกรรมการดูแล สุขภาพของตนเองได้ดี และพบว่าแรงสนับสนุนที่ได้จากครอบครัว และข้อมูล ข่าวสารทางการแพทย์และสาธารณสุขส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในด้านบวก และยัง สัมพันธ์กับ ความสุขของผู้สูงอายุอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Yun-Fang Tsai ⁽⁸⁷⁾ ที่ศึกษา เกี่ยวกับ Self-Care Management และปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน เนอร์ซิงโฮมที่ ประเทศ ไต้หวัน พบว่า การที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพ รู้จักโรค รู้ว่าควร ดูแลและจัดการกับ ภาวะโรคของตนอย่างไร ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามลดลง และจากการ ศึกษาของ David Ames ⁽¹¹⁴⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับ Epidemiological ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พัก อาศัยอยู่ในบ้านพัก ของตนและ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเนอร์ซิงโฮม พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการดูแล จากแพทย์ ด้านจิตเวชผู้สูงอายุโดยตรงซึ่งจะมีผลดีต่อภาวะซึมเศร้ามสูง กว่า การ ได้รับการรักษา ด้วยวิธีทางจิตวิทยาอื่นๆ แต่พบว่าการเข้าถึงของแพทย์ด้านจิตเวชนั้น เป็นไปได้ยาก กว่าในผู้สูงอายุที่อาศัย ในเนอร์ซิงโฮม เนื่องจากการมีจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้นไป และจำนวนครั้งที่ พบแพทย์ก็ น้อยเกินไป ทำให้ภาวะซึมเศร้ามพัฒนาเป็นอาการเรื้อรัง ในปัจจุบันสถานสงเคราะห์คนชรา และสถานบริการของเอกชนบางแห่งมีนักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ให้ การดูแลสภาพ

จิตใจแก่ผู้สูงอายุ และมีแพทย์เข้าตรวจสัปดาห์ละครั้ง ซึ่งถือ ว่ายังไม่พอเพียงกับความต้องการของผู้สูงอายุ กล่าวคือ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และแพทย์ เพียงคนเดียว ต้องดูแลผู้สูงอายุ ทุกคน ในสถานที่พักอาศัย ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่ได้รับการดูแล และเข้าไม่ถึงการบริการ ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของตน ขาดความสามารถในการ จัดการกับโรคของตน ส่งผลให้โรคที่เป็นไม่หายขาด รวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตามมาทำให้ผู้สูง อายุเกิดความเครียด และกังวลใจเกี่ยวกับโรคของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นภาวะ ทางจิตใจ ที่มัก แสดงอาการออกทางร่างกาย ซึ่งหากไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง หรือได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ ภาวะของโรคอาจรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต ดังนั้นหากผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการ บริการด้าน การแพทย์ และได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะดังกล่าวแล้ว อาจช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถขอ ความช่วยเหลือ จากบุคคลากรที่เกี่ยวข้องได้อย่างรวดเร็ว และเรียนรู้วิธีการในการรับมือกับภาวะของโรค ทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องทุกข์ทรมานจากอาการของโรคเป็นระยะเวลานาน

จากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมพบว่าการตัดสินใจเข้าพักด้วยตนเอง, ความพึงพอใจต่อที่พัก อาศัย ในระดับต่ำ, การอยู่ร่วมกับสมาชิกในห้องพักจำนวนมาก, ความพึงพอใจต่อบริการด้าน อาหารระดับต่ำ, ความไม่พึงพอใจต่อการให้บริการจากเจ้าหน้าที่, ความพึงพอใจต่อค่าปรึกษา/ ความใส่ใจจากเจ้าหน้าที่ระดับต่ำ, การเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัคร, กิจกรรมทางศาสนา และ กิจกรรมทางการแพทย์น้อย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มของภาวะซึมเศร้า ดังนั้นผู้ดูแลควรทั้ง ภาครัฐและเอกชนควรให้ความสำคัญในการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การดำเนินชีวิต ของผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมต้องปลอดภัย สบายตา ไม่แออัดมากเกินไป รวมทั้งต้องใส่ใจในการให้ บริการ ได้แก่ บริการด้านอาหาร ควรจัดอาหารให้มีความหลากหลาย มีความแตกต่างกันในแต่ละ มื้อ และมีสารอาหารครบถ้วนแก่ ความต้องการของผู้สูงอายุ, บริการของเจ้าหน้าที่ ควรให้ความรู้ ความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งต้องสร้างค่านิยมให้ผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญใน หน้าที่ของตนเอง มีความรักและเต็มใจในการปฏิบัติหน้าที่ ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมจะเห็นได้ว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทุกด้านมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังนั้นทั้งภาครัฐและเอกชนควรให้ ความสำคัญกับการจัดกิจกรรม โดยอาจมีการแบ่งพื้นที่ไว้เฉพาะสำหรับการทำกิจกรรม หรือ อาจมีการส่งเสริมให้มีการก่อตั้งชมรมหรือสมาคม สำหรับสมาชิกที่มีความสนใจร่วมกันเข้ามาทำ กิจกรรมด้วยกันได้ เป็นต้น

ปัจจัยด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะว้าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเอง

ความว้าเหวเป็นภาวะทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์ ความว้าเหวเป็นปัญหาทางจิตที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความทุกข์ทรมาน ซึ่งอาจเกิดขึ้นเพียงระยะเวลาสั้นๆ หรือเป็นระยะยาวนาน จากงานวิจัยนี้ผู้สูงอายุที่มีความว้าเหวในระดับปานกลางถึงระดับสูง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001 สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุทธนันท์ ชุนแจ่ม⁽⁴⁷⁾ซึ่งทำการสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่าปัจจัยด้านจิตใจที่มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มผู้สูงอายุคือความว้าเหว ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดกับผู้สูงอายุเกิดจากการสูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญ ทำให้เกิดความโดดเดี่ยว อ้างว้าง ขาดที่พึ่ง และไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม เช่นเดียวกับงานวิจัยของ M. Polyakova และคณะ⁽¹³⁴⁾ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำในผู้สูงอายุที่มี และไม่มีภาวะ mild cognitive impairment พบว่า ความว้าเหวและการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม มีผลกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการ ศึกษาของ Oksoo Kim และคณะ⁽¹³⁵⁾ซึ่งศึกษา เกี่ยวกับ ภาวะว้าเหว,ภาวะซึมเศร้า และภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์ ประเทศเกาหลี และประเทศญี่ปุ่น พบว่า ระดับของภาวะว้าเหวเป็นปัจจัยทำนายของภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์ทั้งประเทศเกาหลี และประเทศญี่ปุ่น และการศึกษาของ Rukuye Aylaz และคณะ⁽⁸⁹⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความว้าเหว ในผู้สูงอายุและการตรวจสอบปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อภาวะทั้งสอง พบว่าภาวะความว้าเหวและภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่เกิดร่วมกัน โดยความเปลี่ยนแปลงจากภาวะสูงวัยเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเสื่อมถอยของร่างกาย ความสูญเสียทางจิตเจตนาทางสังคม โดยทั้งภาวะ ซึมเศร้าและภาวะว้าเหวเป็นปัจจัยส่งเสริมซึ่งกันและกัน และยังพบว่าความว้าเหวเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออาการซึมเศร้ามากที่สุดในผู้สูงอายุ โดยปัจจัย อื่นๆไม่มีความสำคัญเท่า ความว้าเหวส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ซึ่งมักเกิดจากการ สูญเสียหรือการถูกพรากจากสิ่งอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์และสถานที่พักเอกชน ต้องแยกจากครอบครัว บ้านเรือน บุคคลและสิ่งอันเป็นที่รัก ก่อให้เกิดความรู้สึกหวนหาอาหาร และคิดถึง ทำให้ผู้สูงอายุทุกชี้อายากกลับไปหาแต่ก็ไม่สามารถทำได้ นอกจากนั้นภาวะสูงวัยยัง ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบกับการพลัดพรากจากสิ่งที่รักต่างๆมาแล้วมากมาย เช่น จากการสูญเสียคู่สมรส การสูญเสียบุตร การสูญเสียเพื่อนซึ่งประสบการณ์เหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความท้อแท้ หดห้วงในการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุมักจะแยกตัวไปอยู่ตามลำพังไม่ยอมพูดคุยกับใคร ซึ่งส่งผลให้ เกิดปัญหาสัมพันธภาพตามมา

และทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งยิ่งเป็นการ ทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุรุนแรงมากขึ้น

นอกจากปัจจัยด้านความว่าเหวแล้วยังพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอีกด้วย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001 เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่มีการเห็นคุณค่าของตนเองต่ำ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมองตนเองในด้านลบ มองว่าตนเองมีข้อ ด้อยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น ไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง และไม่เห็น ศักยภาพแห่งตน ซึ่งจากการ ศึกษาของ พูลสิน เฉลิวัฒน์⁽¹⁴⁾ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีชีวิต อยู่กับโรคซึมเศร้าของ ผู้ป่วยวัยสูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หากมีการตระหนักถึงคุณค่า แห่งตนก็เป็นวิธีการ หนึ่งที่จะช่วยให้สามารถรับมือกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม นอกจากนั้นยังเป็นเสมือน การเพิ่ม ภูมิคุ้มกันให้แก่ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญปัญหาและความเครียดได้มากขึ้น และ จากศึกษา ของ Regena G. Stevens-Ratchford⁽¹³⁶⁾ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับ ผลการระลึกถึงความหลังที่มีต่อ ภาวะซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุ พบว่าการเห็นคุณค่า ในตนเองต่ำส่งผลต่อ ภาวะซึมเศร้าในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kathleen I. Hunter, Margaret W. Linn และ Rachel Harris⁽¹³⁷⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของระดับ การเห็นคุณค่าในตนเอง สูง-ต่ำต่อผู้สูงอายุ พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำเป็นปัจจัยที่เพิ่มระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุให้สูงขึ้น และการ ศึกษา ของ รวีวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล⁽²¹⁾ ที่ศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว และ สุขภาพจิต ของผู้สูงอายุบ้านพักคนชราบ้านจันทบุรี พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองสูง ส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตในระดับสูง เนื่องจากผู้สูงอายุมีความพอใจในตนเอง เห็นความสามารถของตน รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถดำรงชีวิตโดยไม่เป็นภาระแก่ลูกหลาน อีกทั้งสามารถทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่นได้จากความรู้ความสามารถของตน การเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุนั้นมีแนวโน้มที่จะลดต่ำลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของ สภาพร่างกาย รูปร่างหน้าตา การเปลี่ยนแปลงของบทบาททางสังคม จิตใจ มุมมองและทัศนคติของ สังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ประสบ ความสำเร็จในการหา ข้อดีของตนเอง ไม่ยึดติดกับความ ล้มเหลว ในอดีต มักมีความสุขกับชีวิต และมองว่าตนเองเป็นคนที่มีคุณค่ามีศักยภาพ แตกต่างจากผู้สูงอายุที่ประสบ กับความล้มเหลว และยึดติดกับความทุกข์ในอดีต ซึ่ง จะทำให้ ผู้สูงอายุรู้สึกไร้ค่า ไม่เป็นที่ต้องการ และเป็นอีกปัจจัย หนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการฆ่าตัวตาย

และเมื่อวิเคราะห์แยกตามประเภทของสถานที่พักแบ่งเป็นภาครัฐบาล และภาคเอกชนพบว่า ภาวะซึมเศร้าในภาคเอกชนมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่าง สมาชิกท่านอื่นในสถานที่พัก, จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยม, ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว

ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย และปัจจัยด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเอง ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือโดย การส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง หรือการหาแนวทางในการ ลดความว่าเหว รวมทั้งการประเมินความต้องการและสำรวจแนวทางใน การส่งเสริมปัจจัย ด้านจิตสังคมดังกล่าวข้างต้น จะเป็นตัวช่วยในการลดภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุ ภาคเอกชนได้

ในส่วนของภาครัฐบาลนอกเหนือจากปัจจัยด้านจิตสังคมและด้านสุขภาพจิตที่พบใน ภาคเอกชนแล้วนั้น ยังพบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ จำนวนสมาชิกในห้องพัก, ความพึงพอใจต่อ ที่พักอาศัย, ความพึงพอใจในการให้บริการ, ความบ่อยในการเข้าร่วมกิจกรรม และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้, แหล่งที่มาของรายได้ และความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังนั้นจากผลการศึกษาดังกล่าว หากหน่วยงานนำไปประยุกต์ใช้หรือทำการศึกษารายละเอียดบาง ประเด็นเพิ่มเติม น่าจะเป็นประโยชน์ในการรองรับปัญหาและลดภาวะซึมเศร้าในสถานสงเคราะห์ได้

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

จากตัวแปรปัจจัยด้านจิตสังคมพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีญาติมาเยี่ยมทั้งๆที่ยังมีญาติมิตรและ ครอบครัว และปัจจัยด้านอื่นๆก่อให้เกิดผลกระทบด้านส่งผลต่อปัจจัยจิตด้านสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ กล่าวคือ ทำให้ ผู้สูงอายุ รู้สึกเหงา ว่าเหว ขาดที่พึ่งพา ผู้สูงอายุจะรู้สึกหมดคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อีกทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การศึกษาในระดับต่ำ หรือไม่ได้รับการศึกษา ร่วมกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความรู้สึก ไม่พึงพอใจต่อที่พัก ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และด้าน สุขภาพจิต ล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบและมีความสัมพันธ์กับกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การให้ความช่วยเหลือหรือการให้ความสนับสนุนที่ครอบคลุมในทุกด้านย่อมสามารถที่จะป้องกัน และเฝ้าระวัง ไม่ให้เกิดภาวะซึม เศร้าในผู้สูงอายุได้ การช่วยเหลือไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า หรือลดระดับ ความรุนแรงของ ภาวะซึมเศร้าให้ลดลงเป็นการช่วยส่งเสริมระดับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น และเอื้อให้ ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตในช่วงสุดท้ายอย่างมีคุณค่า และมีความสุขตามสมควร การช่วยเหลือ ที่ องค์กรต่างๆสามารถเข้ามามีส่วนร่วม และสามารถ จัดเตรียมให้แก่ผู้สูงอายุได้ อาทิเช่น การสร้าง ปฏิสัมพันธ์อันดีแก่บุคลากรในองค์กรกับผู้สูงอายุ โดยอาจจัดกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ เช่น กิจกรรมกีฬา, กิจกรรมรดน้ำดำหัว, กิจกรรม วันพ่อ/วันแม่ เพื่อให้ผู้ดูแลได้แสดงความรัก ความ เคารพแก่ผู้สูงอายุซึ่งจะเป็นการช่วยส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า และได้รับความนับถือ ,

การสร้างกลุ่มสัมพันธ์ระหว่าง สมาชิก ในสถานที่พัก เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกมีสัมพันธ์ภาพที่ดี ต่อกัน คอยช่วยเหลือให้ความดูแลซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังช่วยในการป้องกันและสอดส่องพฤติกรรมที่ผิด แปลกไปของเพื่อนสมาชิก เช่น ภาวะซึมเศร้า จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ หรือกระวน กระวายอยู่ไม่นิ่ง นอนอยู่บนเตียงตลอดทั้งวัน ปวดศีรษะ ปวดท้อง ไม่อยากทานอาหาร สีหน้าเรียบ เฉย แยกตัวออกไปตามลำพัง และไม่สนใจ กิจกรรมที่เคยชื่นชอบ ซึ่งเป็นการช่วยเหลือ ให้เพื่อน สมาชิกได้รับการดูแลรักษา, การให้ความรู้ แก่เจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า วิธีการ ป้องกันตนเอง และการรับมือกับ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น,การอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ ได้รับการ ดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ และได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม,การจัดกลุ่มบำบัดรายสัปดาห์ เพื่อให้ ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนสมาชิกท่านอื่นที่อยู่ใน ภาวะ เดียวกัน ซึ่งในปัจจุบันพบว่า การจัดกลุ่มบำบัดนั้นมีหลากหลายรูปแบบ มีค่าใช้จ่ายต่ำ และสามารถ เข้าถึงผู้สูงอายุได้มากกว่า การรักษาแบบอื่น เป็นต้น

ส่วนปัจจัยด้านจิตสังคมพบว่าผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวสูงและการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ดังนั้นนอกจากการดูแลด้านภาวะซึมเศร้าแล้ว ภาครัฐและ เอกชนควรให้ความสนใจและเฝ้าติดตามผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมของความว่าเหว ได้แก่ การแสดง ความรู้สึกหมดหวัง ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ขาดความอดทน หมกมุ่นอยู่กับตนเอง ไม่ค่อยมี ปฏิสัมพันธ์กับ ใคร วิตกกังวลกับสภาพสังคม ไม่เป็นมิตร มักพูดแต่เรื่องราวของตนเอง ไม่เปิดรับ ความคิดเห็นของ ผู้อื่น และชอบอยู่ตามลำพัง ส่วนผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ มักมี ลักษณะ ได้แก่ มัก ประสบความล้มเหลวในหน้าที่ของตน ตั้งเป้าหมายในชีวิตไว้ในระดับต่ำ ไม่สนใจใคร ไม่รับฟังการยก ย่องชมเชยจากผู้อื่น ชอบดูถูกผู้อื่น ต้องการการยอมรับจากผู้อื่นมาก และรับไม่ได้หากถูกปฏิเสธ โดย ลักษณะดังกล่าวนี้ อาจต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากพี่เลี้ยงและ เพื่อนสมาชิกในการรายงานความ ผิดปกติที่เกิดกับผู้สูงอายุ หรืออาจมีการใช้แบบสอบถามในการวัดระดับสุขภาพจิตทั้งสองด้านนี้ใน ผู้สูงอายุ เพื่อหน่วยงานจะได้รับทราบและให้ความช่วยเหลือได้ อย่างเหมาะสมต่อไป การช่วยเหลือที่ หน่วยงานสามารถช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุได้นั้น อาทิเช่น การจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุในยามว่าง เช่น การเล่นเกม การร้องเพลง การเย็บปักถักร้อย ซึ่งทำให้ ผู้สูงอายุรู้สึกไม่เหงาและว่าเหวเมื่อต้องอยู่ ตามลำพัง,การส่งเสริมองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทั้งทาง ด้านร่างกายและจิตใจให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ ที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งนอกจากจะเป็นการ ป้องกันและช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมแล้ว ยังเป็นการช่วยพัฒนาสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่าง ผู้สูงอายุและผู้ดูแลอีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน สถาน สงเคราะห์และผู้สูงอายุในสถานบริการของเอกชนมีความชุกของภาวะซึมเศร้าถึง ร้อยละ 57.3 ซึ่งถือว่าเป็นอัตราที่สูง ดังนั้นผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชนควรตระหนักถึง ความสำคัญ และมีการวางแผนทางในการป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นอย่างดี เป็น รูปธรรม
2. จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคล คือ สถานะภาพ โสัด มีบุตรน้อย ระดับการศึกษาต่ำหรือไม่ได้รับการศึกษา ไม่มีรายได้หรือมีหนี้สิน มีแนวโน้ม ที่จะมีการซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น อีกทั้งผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยปฏิบัติสัมพันธ์กับ สมาชิก ท่านอื่น หรือมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับเจ้าหน้าที่ ชอบแยกตัวไปอยู่คนเดียว ไม่เข้าร่วม กิจกรรม ไม่ค่อยมีญาติมาเยี่ยม ก็เป็นลักษณะของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ดังนั้นผู้มีส่วนที่รับผิดชอบทั้งภาครัฐและเอกชนควรให้ ความสนใจ ฝึการะวังและดูแลเป็น พิเศษ
3. จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยมเป็น ปัจจัยทำนายที่สำคัญต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนั้นทั้งภาครัฐและเอกชนควรมีการ รณรงค์ หรือขอความร่วมมือกับญาติของผู้สูงอายุ ซึ่งให้เห็นว่าการมาเยี่ยมของญาติช่วยส่งผล ให้ผู้สูงอายุ ที่มีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุขกับการ ดำรงชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ขาดการติดต่อ ของญาติมิตร ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่ผู้สูงอายุให้ความรัก และสนิทสนมใกล้ชิดมากที่สุด
4. จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพจิต คือภาวะความว่าเหวในผู้สูงอายุเป็น ปัจจัยที่ สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ในระดับสูงกว่าปัจจัยด้านอื่นๆ ดังนั้นการลดระดับ ภาวะ ความว่าเหวจึงมีความจำเป็นและเป็นสิ่งที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญใน การช่วยเหลือ และป้องกันภาวะว่าเหวในผู้สูงอายุ
5. จากผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในที่พักไม่ว่าจะเป็นภาครัฐบาลหรือ ภาคเอกชน ล้วนแล้วแต่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั้งสิ้น ดังนั้นหาก หน่วยงานที่ รับผิดชอบควรมีการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในสถานที่พัก และ สำรวจแนวทางในการ ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกให้มีแนวทางสอดคล้องกับความ ต้องการของผู้สูงอายุ
6. ผลการศึกษาในการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการป้องกัน และสามารถช่วยในการ วาง แนวทางในการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์หรือสถานที่พักผู้ สูง อายุภาคเอกชนได้ โดยกระบวนการการส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การส่งเสริมการเห็น คุณค่าในตนเอง การลดความว่าเหว การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เป็น ต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาแค่ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ ภาครัฐและภาคเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น ดังนั้นจึงไม่สามารถเปรียบเทียบกับ การศึกษา ในภูมิภาคอื่นๆหรือเป็นตัวแทนของผู้สูงอายุทั่วประเทศได้ จึงเป็นที่น่าสนใจในการ ทำการศึกษาใน ภูมิภาคอื่นๆและอาจจะศึกษาเปรียบเทียบรายด้านระหว่างภาครัฐและ เอกชน หรือผู้สูงอายุที่อาศัยที่ บ้านพักของตนเอง
2. เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมมีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุ ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านกิจกรรมของผู้สูงอายุที่อาศัยใน สถาน สงเคราะห์หรือสถานบริการภาคเอกชนก็เป็นประเด็นที่น่าสนใจ เนื่องจากการจัด กิจกรรมที่ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสนใจ และ กระตือรือร้นใน การเข้าร่วมมากกว่า
3. ความสัมพันธ์และทัศนคติของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับ มุมมอง แนวคิด ที่ผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าก็เป็น อีก ประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจในการทำการวิจัยในอนาคต เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีการศึกษา เกี่ยวกับ ประเด็นนี้ในประเทศไทยมากนัก

รายการอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสุรนารี. ว่างยุทธศาสตร์การวิจัยรายสาขา ด้านสังคมผู้สูงอายุ พ.ศ. 2555-2559 [Internet]. 2555 [cited ต.ค. 2554]. Available from: <http://www.econ.cmu.ac.th/files/summary%20report%204.pdf>.
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ปี 2552 "การพัฒนา ระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง" [Internet]. 2555 [cited มิถุนายน 2556]. Available from: http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_docman&task=doc_details&id=507&Itemid=70.
3. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2537-2554 [Internet]. 2555 [cited มกราคม 2557]. Available from: http://www.oppo.opp.go.th/pages/statistic/stat_0101.html.
4. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการจัดตั้งและ ดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด 2548.
5. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนะวิชัย, ธนิกันต์ ศักดาพร. โครงการตัวแบบการ ดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552.
6. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.): บริษัท ที คิว พี จำกัด; 2553.
7. บรรลุ ศิริพานิช, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, นภาพร ชโยวรรณ. รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555. บริษัท เอสเอส พลัส มีเดีย จำกัด: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.); 2556.
8. กมล สุกิน. 4 มิติ สุขภาพชีวิตผู้สูงวัยในชุมชน. บริษัท ที คิว พี จำกัด มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา ผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.); 2554.
9. สำนักงานส่งเสริมและป้องกันผู้สูงอายุ. การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน [Internet]. 2555 [cited มกราคม 2557]. Available from: http://www.oppo.opp.go.th/pages/statistic/stat_0102.html.
10. คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2546 สำนักงานนายกรัฐมนตรี; 2545.
11. ศิริพันธ์ สาสัติย์, ทศนา ชูวรรณปะกรณ์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. โครงการวิจัยเรื่อง รูปแบบ การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2552.
12. สุรกุล เจนอบรม. วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย. สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.

13. เนตรนภา จัตรงค์แสง. การเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์และความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่อาศัย อยู่ภายในและภายนอกสถานสงเคราะห์คนชรา: วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขา สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
14. พูลสิน เฉลิมวัฒน์. ประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ: วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2552.
15. บุญพา ณ นคร. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี: การค้นคว้า อิสระ วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาสุขภาพจิตและการ พยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
16. Beck AT. Depression: Clinic, experimental and theoretical aspects. New York: Hoeber Medical Division; 1967.
17. Orth U, Robins RW, Trzesniewski KH, Maes J, Schmitt M. Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. J Abnorm Psychol. 2009;118(3):472-8.
18. วชิราภรณ์ สมุนวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุใน สถานสงเคราะห์คนชรา: วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขา การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์บัณฑิต วิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2536.
19. ศรีเรือนแก้ว กังวาล. บุคลิกภาพ จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542.
20. Pornren Sampao. Relationships Of Health Status, Family Relationship, And Loneliness To Depression In Older Adults: The Degree of Master Of Nursing Science. Faculty Of Graduated Studies Mahidol University; 2005.
21. รวีวรรณ สิวาสวัสดิ์กุล. การศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว และ สุขภาพจิต ของผู้สูงอายุบ้านพักคนชราบ้านจันทบุรี: วิทยานิพนธ์ศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกเอก จิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2547.
22. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 [Internet]. 2550 [cited มกราคม 2557]. Available from: http://www.moph.go.th/ops/oic/data/20131007131133_1_.pdf.
23. นารีรัตน์ จิตรมนตรี, สาวิตรี ทยานศิลป์. การทบทวนองค์ความรู้และแนวทางการจัดระบบ สวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.): มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
24. กรมพัฒนาธุรกิจการค้า. คู่มือธุรกิจสถานดูแลผู้สูงอายุ [Internet]. 2553 [cited มกราคม 2557]. Available from: http://www.thaifranchisecenter.com/download_file/files/11_13_Manual_Eldercare.pdf

25. การวิจัยผู้สูงอายุในประเทศไทย : นามานุกรมหน่วยส่งเสริมและฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ผู้สูงอายุ อ้างอิงใน อัมภัสสา พานิชชอบ. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถาน สงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล , : ปรินญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
26. นิพนธ์ พวงวรินทร์. แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. สารศิริราช. 2537;46(1):1-9.
27. วัลลภา โคลิตานนท์. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมต่อการลดความหวาดในผู้สูงอายุ: วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
28. เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของกายจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ: วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2529.
29. วีณา ศิริสุข และคณะ(2542) อ้างอิงใน พิมลรัตน์ สายจันทดี. การตัดสินใจเข้ารับการสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อบึง อุบลรัตน์) จังหวัดนครปฐม: วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทั่วไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.
30. ชุติศักดิ์ เอื้องโชคชัย. การสร้างสรรค์ละครแบบมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุใน สถานสงเคราะห์คนชรา: วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสื่อสารการแสดง ภาควิชา วาทยวิทยาและสื่อสารการแสดง คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2552.
31. วิภาวัน ปัญญาเริน. ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา: ปรินญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2552.
32. Birren JE, Schaie KW. Handbook of psychology of aging. New york: Van nustrand reinhold Company; 1981.
33. Hall DA. The Aging of Connective issue. New York: Academic Press; 1976.
34. บริบูรณ์ พรพิบูลย์ อ้างอิงใน ธราธร ดวงแก้ว, หิรัญญา เดชอุดม. พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ปรินญาวิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต โปรแกรม วิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2550.
35. สุรกุล เจนอบรม อ้างอิงใน เบญจมาศ นาควิจิตร. ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และความสุขของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัด สำนักแพทย์ กรุงเทพมหานคร ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2551.
36. ภาณุ อดกลั่น.ทฤษฎีการสูงอายุ [Internet]. 2551 [cited มกราคม 2557]. Available from: http://www.bcnu.ac.th/bcnu/ไฟล์แนบ/550_ทฤษฎีการสูงอายุ.pdf.
37. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุ แบบสหสาขาวิชา. สำนักพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด2548.

38. เพ็ญแข ประจันปัจจนึก อ่างถึงในลัดดาวลัย พุทธรักษา. รูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยวิธีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง และการจัดการความรู้ ปริญญาการศึกษาดุสิตบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาดูแลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2553.
39. พันทิพย์ วรวาท. การศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชนเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล: ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2551.
40. รุ่งมณี ยิ่งยี่น. ความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเยาวชนที่กระทำผิดกฎหมาย และไม่ได้กระทำผิดกฎหมาย ในจังหวัดอุบลราชธานี: ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
41. ไวนเนอร์ 1980 อ่างอิงโน เพ็ญศรี หลินศวนนท์. การศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขต ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษาศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2543.
42. มาโนช หล่อตระกูล. แนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทย แง่มุมทางเพศและช่วงวัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2538;43(1):67-82.
43. ศิริพร จิรวัดน์กุล 2546 อ่างอิงโน อังคณา หมอนทอง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย 2549.
44. ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. นำอักษรการพิมพ์: ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
45. ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ: วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
46. Beck AT, Rush AJ, Brain F, Emery G. Cognitive therapy of depression. The Guilford 1979.
47. สุทธนันท์ ชุนแจ่ม. การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
48. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. 2 ed. โรงพิมพ์ชวนพิมพ์: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี; 2544.
49. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส จำกัด; 2553.
50. Beck AT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects: New York: Harper Row.; 1967.

51. สุวณี ตันติพัฒนานันท์. การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2522.
52. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. อารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2543;15(1):23-7.
53. บรรลุ ศิริพานิช. คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. 4, editor. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว; 2538.
54. Murphy E. Social origins of depression in old age. Br J Psychiatry. 1982(141):135-42.
55. Katz IR. On the inseparability of mental and physical health in age person Dialogues clin Neurosci. 1996;1(2):81-94.
56. เรณูการ์ ทองคำรอด,จิตสังคมผู้สูงอายุ [Internet]. 2551 [cited มกราคม 2557]. Available from: http://www.stou.ac.th/stoukc/elder/main1_8.html.
57. อัจจาวรณ แก่นจันทร์. การศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะ ซึมเศร้าใน ผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี: โครงการอิสระ ปรินญาหมาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
58. โรเบิร์ต 1986 อ้างอิงใน ฉวีวรรณ ภิรมย์ชม. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวของผู้สูงอายุ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ กศ.ม. สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2547.
59. สุธีรา ตั้งตระกูล. การศึกษาแรงบันดาลใจสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความว่าเหวในผู้ป่วยสตรี: ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2537.
60. Schultz CM. Loneliness:Psychiatric Nursing.A Holistic Life Cycle Approach. St.Louis: Mosby-Year Book; 1993.
61. เพ็ญพโยม เขยสมบัติ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุ ที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล: วิทยานิพนธ์ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2547.
62. สุพรรณิ นันทชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความว่าเหวและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ วิทยานิพนธ์ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2534.
63. Rodgers BL. Lonliness:Esing the pain of the hospitalized elderly. J Gerontol Nurs. 1989;15(8):16-21.
64. Cruz AD. On loneliness and the elderly. J Gerontol Nurs. 1986;12(11):22-7.
65. Lunt PK. The Percieved Causal Structure of Loneliness. JPSP. 1991;61(1):26-34.
66. Peplau LA, Perlman D. Loneliness: A sourcebook of current theory research,and therapy USA Wiley: Interscience; 1982.
67. Coopersmit S. The Antecedent of Self-Esteem. Palo Alto.California: Consulting Psychologists press Inc; 1981.

68. Rosenberg. Society and adolescent self-image. New Jersey: Princeton University; 1965.
69. อุมพร ตรังคสมบัติ. Everest พาลูกค้นหาความนับถือตนเอง. กรุงเทพมหานคร: ชันตราการพิมพ์; 2543.
70. บรรณานา ช้อนแก้ว. การพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเองของเยาวชนชายในสถานพินิจ และคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดระยอง โดยใช้กิจกรรมการออกกำลังกายเป็นสื่อ: ปรินญาณีพนธ์ กศ. ม. สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2542.
71. เดนิส ลอเรนซ์ อ่างถึงใน รวีวรรณ สีมานัสศักดิ์กุล. การศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว่ และสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุบ้านพักคนชราบ้านจันทบุรี: วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการคณะจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2547.
72. มารูจัก Self-Esteem กันเถอะ [Internet]. 2550 [cited มกราคม 2557]. Available from: <http://www.jvkk.go.th/jvkkfirst/story/general/10.htm>.
73. วิทยาลัยพาณิชยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ทฤษฎีความต้องการของ Maslow [Internet]. [cited มกราคม 2557]. Available from: http://www.ex-mba.buu.ac.th/research/Bkk/Ex-23-Bkk/51721286/05_ch2.pdf.
74. นวลศิริ เปาโรหิตย์. สุขภาพจิตและการปรับอารมณ์. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2520.
75. Talf LB. Self-Esteem in later life: A Nursing Perspective. Advances in Nursing Science 1985.
76. Branshaw P. The Management of Self-Esteem Englewood Cliffs: Prentice Hall, Inc.; 1981.
77. Branden N. Honoring the self : The Psychology Of Confidence and Respect. Toronto: Bantam; 1983.
78. Atchley RC. The Sociology of Retirement. Massachusetts: Schenkman Publishing Company Inc; 1976.
79. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สาระสุขภาพ: เรื่องเด่นประจำสัปดาห์. 2554;4(48):1-3.
80. พิชาณี สำเนาเงิน. ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ: ปรินญาณีพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553
81. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค, แนะนำองค์กร [Internet]. [cited มกราคม 2557]. Available from: <http://www.banbangkhae.go.th/history.php>.
82. สำนักงานการสงเคราะห์และสวัสดิภาพสังคม สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 (เอกสารแผ่นพับ).
83. วาทีนี บุญชะลิกษ์, ยุพิน วรสิริอมร. รายงานวิจัย เรื่องภาคเอกชนกับการให้บริการ สุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.

84. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, หม่อมหลวงยุพดี ศิริวรรณ. คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทยปี 2546. กรุงเทพมหานคร: การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 4 ณ โรงแรมปรีณซ์พาเลซ; 2548.
85. สมใจ โชติพันธุ์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค: วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2550.
86. อรสา ไยยอง, พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. ภาวะซึมเศร้า และอารมณ์โศกเศร้าจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2554;56(2):103-16.
87. Yun-Fang Tsai. Self-Care Management and Risk Factors for Depressive Symptoms Among Elderly Nursing Home Residents in Taiwan JPain and Symp Manage. 2006;32(2):140-7.
88. Jongenelis K, Pota AM, Eissesc AMH, Beekman ATF, Kluiterc H, Ribbea MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study JAD. 2004;83:135-42.
89. Aylaz R, Akturk U, Erci B, Ozturk H, Aslan H. Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. AGG. 2012;55(3):548-54.
90. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review Acta Psychiatr Scand. 2006;113:372-87.
91. Li D, Zhaung DJ, Shao JJ, Qi XD. A meta-analysis of the prevalence of depression symptoms in Chinese older adult. AGG. 2014;58(1):1-9.
92. ศรีวรรณ ดันศิริ. ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มประสานสัมพันธ์ต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาระณะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา: วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัยมหิดล 2535.
93. จันทิมา จารณศรี. สุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค: ปริญญานิพนธ์ กศ.บ.สาขาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2539
94. Levin CA, Wei W, Akincigil A, Lucas JA, Bilder S, Crystal S. Prevalence and Treatment of Diagnosed Depression among Elderly Nursing Home Residents in Ohio AMDA. 2007;8(9):585-94.
95. สายพิณ ยอดกุล, จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารสมาคมพยาบาลฯสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2012;30(3):50-7.
96. เพ็ญศรี หลินศุวนนท์. ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรวงเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร: วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัยมหิดล; 2543.

97. Shin JH, Do YK, Maselko J, Brouwer RJN, Song SW, Ostbye T. Predictors of and health services utilization related to depressive symptoms among elderly Koreans Soci Sci&Med. 2012;75(1):179-85.
98. Osada H., Shibata H., Haga H., Yasumaru S. Relationship of physical condition and functional capacity to depressive status in person aged 75 years. Nihon Kosh Eisei Zass Japan J public healt. 1995;42(10):897- 09.
99. เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง, อุมภาพร อุดมทรัพย์ากุล. ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากร สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2554;56(2):103-16
100. Innamorati M, Pompili M, Vittorio CD, Baratta S, Masotti V, Badaracco A, et al. Suicide in the Old Elderly: Results From One Italian County AJGP. 2013.
101. Yap K, Au SY, Ang YH, Kwan KY, Ng SC, Ee CH. Who are the residents of a nursing home in Singapore. Singapore Medical Journal Singapore med J. 2003;44(2):65-7.
102. Oxman TE, Danial H, Freeman JR, Manheimer ED, Stukel T. Social Support and Depressive Symptoms in the Elderly. AJGP. 1992;2(4):309-23.
103. Goldberg EL, Natta PV, Comstock GW. DEPRESSIVE SYMPTOMS, SOCIAL NETWORKS AND SOCIAL SUPPORT OF ELDERLY WOMEN Am J Epidemiol. 1984;121(3):448-56.
104. อรพิน คำโต. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ: วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
105. Murphy E. อ่างอิงใน อิงใจ จันทมูล. ความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2539.
106. ภัทรภร วิริยวงศ์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม: วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2551.
107. ศรีณยา ยอดสุด. ปัจจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ และพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ: ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2553.
108. รุ่งทิพย์ แปะใจ. การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ: วิทยานิพนธ์การพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2524.
109. จิราลักษณ์ จงสถิตมัน, พรประภา สินธุนาวา, นภัส ศิริสัมพันธ์. การประเมินสถานสงเคราะห์ที่คนชราของรัฐ ศึกษากรณีเฉพาะสถานสงเคราะห์ 3 แห่ง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.

110. นันทวัน ใจกล้า. สภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์: วิทยานิพนธ์ ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537.
111. Chou KL, Chi I, Chow NWS. Sources of income and depression in elderly Hong Kong Chinese: mediating and moderating effects of social support and financial strain *Aging and Ment Health*. 2004;8(3):212-21.
112. Litwin H, Sapir EV. Perceived Income Adequacy Among Older Adults in 12 Countries: Findings From the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *The geronto*. 2009;49(3):397-406.
113. พนิตนันท์ โชติกเจริญ. กิจกรรมทางกายกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ จังหวัดกำแพงเพชร: วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
114. Ames D. Depressive disorders among Elderly People in Long-Term Institutional Care. *J Psychia*. 1993;27(3):379 - 91.
115. Tsai CF, Ouyang WC, Chen LK, Lan CH, Hwang SJ, Yang CH, et al. Depression is the Strongest Independent Risk Factor for Poor Social Engagement Among Chinese Elderly Veteran Assisted-living Residents. *JChine Med Assoc* 2009;72(9):478-83.
116. Powers BA. The meaning of nursing home friendships. *Advanc in Nurs Scien*. 1991;14(2):42-58.
117. Demura S, Sato S. Relationships between Depression, Lifestyle and Quality of Life in the Community Dwelling Elderly: A Comparison between Gender and Age Groups *JPhysio Anthro Appl Human Sci*. 2003;22(3):159-66.
118. Dean A, Kolody B, Wood P. Effects of Social Support from Various Sources on Depression in Elderly Persons. *ASA*. 1990;31(2):148-61.
119. Chi I, Chou KL. Social Support and Depression among Elderly Chinese People in Hong Kong. *Inter J Aging Human Dev*. 2001;52(3):231-52.
120. อังคณา ตัณฑ์เอกคุณ. คุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พักในสถานสงเคราะห์คนชรา: ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2545.
121. Soldato M, Liperoti R, Landi F, Carpenter IG, Bernabei R, Onder G. Patient depression and caregiver attitudes: Results from The Aged in Home Care study. *J Affec Dis*. 2008;106(1-2):107-15.
122. Onder G, Soveri HF, Soldato M, Liperoti R, Bernabei R, Landi F. Distress of Caregivers of Older Adults Receiving Home Care in European Countries: Results From the Aged in Home Care Study. *AJGP*. 2009;17(10):899-906.

123. Commerford MC, Reznikoff M. Relationship of Religion and Perceived Social Support to Self-Esteem and Depression in Nursing Home Residents *JPsycho Interdiscipl and Appli.* 2010;130(1):35-50.
124. Gory ML, Fitzpatrick K. The Effects of Environmental Context on Elderly Depression. *J Aging Health.* 1992;4(4):459-79.
125. Swartz M, Blazer D. The distribution of affective disorders in old age. In *Affective disorders in the Elderly* Edinburgh: Churchill Livingstone; 1986.
126. Pastalan อ้างอิงใน วรวรรณ นิตบงกช. ความต้องการที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตคลองเตย วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาเคหการ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
127. Cankurtaran M, Saka B, Sahin S, Varlı M, Doventas A, Yavuz BB, et al. Turkish nursing homes and care homes nutritional status assessment project (THN-malnutrition) EGM. 2013;4:329-34.
128. Cabrera MAS, Mesas AE, Garcia ARL, Andrade SM. Malnutrition and Depression among Community-dwelling Elderly People *JAmeri Med Direc Assoc.* 2007;8(9):582-84.
129. พัชรินทร์ คำอินทร์. ประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาโดยผู้ดูแลในครอบครัว: วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2548.
130. Brühl KG, Lijendijk HL, Muller MT. Nurses' and Nursing Assistants' Recognition of Depression in Elderly Who Depend on Long-Term Care. *JAmeri Med Direc Assoc.* 2007;8(7):441-45.
131. Sugisawa H, Shibata H. Psychosocial determinants of change in activities of daily living and depressive status among stroke patients at home. *Jpn J Public Health.* 1995; 42(3):203-9
132. อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติธรรมกับความผาสุกทางวิญญาณของผู้สูงอายุ: วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัยวิทยาลัยบูรพา 2543.
133. นุสรรา วรภัทรพร. ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยซึมเศร้า: วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
134. Polyakova M, Sonnabend N, Sander C, Mergl R, Schroeter ML, Schroeder J, et al. Prevalence of minor depression in elderly persons with and without mild cognitive impairment: A systematic review. *JAffec Dis.* 2014;152-154:28-38.

135. Kim O, Byeon YS, Kim JH, Endo E, Akahoshi M, Ogasawara H. Loneliness, Depression and Health Status of the Institutionalized Elderly in Korea and Japan. *Asian Nurs Research*. 2009;3(2):63-70.
136. Ratchford RGS. The Effect of Life Review Reminiscence Activities on Depression and Self-Esteem in Older Adults. *Am J Occup Ther*. 1992;47(5):413-20.
137. Hunter KI, Linn MW, Harris R. Characteristics of High and Low Self-Esteem in the Elderly *Inter J Aging Human Dev*. 1982;14(2):117-26.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ที่ จว.พิเศษ

/2556

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย

ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

มกราคม พ.ศ. 2556

เรื่อง ขออนุญาตใช้ แบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

เรียน ศาสตราจารย์นายแพทย์นิพนธ์ พวงวรินทร์(ประธานกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย)

ด้วย นางสาวณัฏพร พรหมจันทร์ นิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 2 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่อง **ภาวะซึมเศร้า ความว้าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ใน สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร** โดยใช้แบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (Train The Brain Forum Thailand) ในการเก็บข้อมูล โดยมี รศ.พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร เป็นอาจารย์ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ใคร่ขออนุญาตให้ นางสาวณัฏพร พรหมจันทร์ ใช้แบบสอบถามดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ในการทำวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทรศัพท์ 02-256-4298, 02-256-4346

ที่ จว.พิเศษ /2556



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

มกราคม พ.ศ.2556

เรื่อง ขออนุญาตใช้ แบบสอบถามประเมินความก้าว

เรียน คณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้วย นางสาว ธัญพร พรหมจันทร์ เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 2 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่อง **ภาวะซึมเศร้า ความก้าว**และการเห็นคุณค่าในตนเอง **ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ใน สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พัก** **ผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร** โดยใช้แบบสอบถามประเมินความก้าว ของคุณวัลภา โคสิตานนท์ โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาคือ รองศาสตราจารย์ สุภาพรพรณ โครตจรัส ในงานวิจัยเรื่อง ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมต่อการลดความก้าวในผู้สูงอายุ ในการเก็บข้อมูล โดยมี รศ.พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร เป็นอาจารย์ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ใคร่ขออนุญาตให้ นางสาวธัญพร พรหมจันทร์ ใช้แบบสอบถามดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ในการทำวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
โทรศัพท์ 02-256-4298, 02-256-4346



ที่ จว.พิเศษ

/2556

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

มกราคม พ.ศ.2556

เรื่อง ขออนุญาตใช้ แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางสาวธัญพร พรหมจันทร์ นิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 2 ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่อง **ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ใน สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร** โดยใช้ แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของคุณ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ ซึ่งใช้ในงานวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิต สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรีในการเก็บข้อมูล โดยมี รศ.พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร เป็นอาจารย์ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ใคร่ขออนุญาตให้ นางสาวธัญพร พรหมจันทร์ ใช้แบบสอบถามดังกล่าวเพื่อเป็นประโยชน์ในการทำวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)

(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทรศัพท์ 02-256-4298, 02-256-4346

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรารบ้านบางแคและที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมในงานวิจัยเกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่า ในตนเอง ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์ คนชรารบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร ก่อนที่ท่านจะเข้าร่วมการวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในสถานสงเคราะห์คนชรารบ้านบางแคและที่พักของเอกชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่ อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรารบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชน

ซึ่งผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ ดังนี้

1. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริม รักษา และป้องกัน ตลอดจนถึงฟื้นฟูสภาพจิตของผู้สูงอายุต่อไป เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแลและญาติได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อจัดเตรียมการดูแลที่เหมาะสมต่อไป
2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการทำวิจัยเพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
3. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและการจัดบริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราและที่พักผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน

หากท่านตกลงในการเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ท่านหรือขอให้ท่านตอบแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล โดยใช้เวลาดังกล่าว 45 นาที และใช้แบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 20 ข้อ
2. แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ
3. แบบทดสอบความว่าเหว จำนวน 24 ข้อ
4. แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง จำนวน 10 ข้อ

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบคือ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆ เป็นพิเศษทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลท่านเป็นความลับ และจะเปิดเผยในรูปของผลสรุปการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อ น.ส.ธัญพร พรหมจันทร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพ ยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ใบยินยอมเลขที่.....

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

**การวิจัย : ภาวะซึมเศร้า ความว้าเหว่ และการเห็นคุณค่าในตนเอง
ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรารบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชน
ในเขตกรุงเทพมหานคร**

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.๒๕๕๖

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า ความว้าเหว่ และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ที่พักอาศัยอยู่ใน สถานสงเคราะห์คนชรารบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพและเพื่อประโยชน์ในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ต่อไปในอนาคต

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลเป็นความลับและเปิดเผยในรูปสรุปผลรวมของงานวิจัย

ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ อีกทั้งข้าพเจ้ายังมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้

ข้าพเจ้าอ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม..... พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำการวิจัย
(นางสาวธัญพร พรหมจันทร์)

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participation)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 1/2</p>
---	---

การวิจัยเรื่อง **ภาวะซึมเศร้า ความว้าเหว่ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถาน
สงเคราะห์ คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร**

วันที่คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่..... ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม
โครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่
พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้า
ได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่
อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถาม
ข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้า
พอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอก
เลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ
ยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ
วิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า
ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วม
การศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย
และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการ
ให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะ
ผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การ
วิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ
จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participation)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 2/2</p>
--	--

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบการวิเคราะห์และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจจึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

เลขที่แบบสอบถาม

วันที่เก็บข้อมูล ____ / ____ / 2556

สถานที่เก็บข้อมูล

1. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านแค _____
2. สถานที่พักผู้สูงอายุภาคเอกชน _____

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

1. ชาย
2. หญิง

2. อายุ _____ ปี

3. สถานภาพสมรส

1. โสด
2. สมรส : อยู่ด้วยกัน
3. สมรส : แยกกันอยู่
4. หม้าย : หย่าร้าง
5. หม้าย : คู่สมรสเสียชีวิต

4. จำนวนบุตร _____ คน

5. ระดับการศึกษาสูงสุด

1. ไม่ได้เรียนหนังสือ
2. ประถมศึกษาขั้นต้น (ป. 1 - ป. 3)
3. ประถมศึกษาชั้นปลาย (ป. 4 - ป.6)
4. มัธยมศึกษาขั้นต้น (ม.1- ม.3)
5. มัธยมศึกษาชั้นปลาย (ม.4- ม.6 / ปวช.)
6. อนุปริญญา / ปวส.
7. ปริญญาตรี
8. อื่นๆ [กรุณาระบุ _____]

1.2 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ

6. 1. รายได้ปัจจุบัน (ต่อเดือน โดยประมาณ) ระบุจำนวนเงิน _____ บาท
2. ไม่มีรายได้
7. แหล่งที่มาของรายได้ปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. เงินเก็บสะสม/มรดก
2. เงินบำนาญ / บำนาญ
3. คูสมรส บุตร หรือญาติ
4. ดอกเบี้ย / ปันผล
5. แหล่งอื่นๆ [กรุณาระบุ _____]
8. ความเพียงพอของรายได้
1. เพียงพอและเหลือเก็บ
2. เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ
3. ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน
4. ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน

1.3. ข้อมูลด้านสุขภาพ

9. ปัญหาสุขภาพ (จากการตรวจทางการแพทย์)

1. สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว
2. มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่

โรคประจำตัว	ใช่(1)	ไม่ใช่(2)
โรคทางระบบประสาท		
โรคทางคอ หู เช่น โรคหวัด ไซนัส ฯลฯ		
โรคทางตา การมองเห็น เช่น ตามัว ตอกระจก ฯลฯ		
โรคทางหู การได้ยิน เช่น หูตึง หูอื้อ ฯลฯ		
โรคในช่องปากและฟัน เช่น ฟันผุ ปวดฟัน เหงือกอักเสบ		
โรคหัวใจ หลอดเลือดหัวใจ		
โรคความดันโลหิต		
โรคเบาหวาน		
โรคทางระบบหายใจ เช่น หืด หอบ ฯลฯ		
โรกระบบกระเพาะอาหารหรือทางเดินอาหาร		
โรคทางระบบขับถ่าย		
โรคปวดเรื้อรัง เช่น ปวดข้อ ปวดเข่า ปวดศีรษะ		
โรคทางจิตเวช เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านจิตสังคม

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

10. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

1. ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

- 1. ดี ไม่จำเป็นต้องมีคนช่วย
- 2. ปานกลาง ต้องมีคนช่วยบ้าง บางครั้ง
- 3. น้อย จำเป็นต้องมีคนช่วยตลอด

2. ท่านสามารถดูแลตนเองได้

- 1. ดี ไม่จำเป็นต้องมีคนช่วย
- 2. ปานกลาง ต้องมีคนช่วยบ้าง บางครั้ง
- 3. น้อย จำเป็นต้องมีคนช่วยตลอด

3. ท่านรู้สึกพึงพอใจในความสามารถในการดูแลตนเอง

- 1. พึงพอใจมากที่สุด
- 2. พึงพอใจมาก
- 3. พึงพอใจปานกลาง
- 4. พึงพอใจน้อย
- 5. พึงพอใจน้อยที่สุด

11. ท่านสามารถเดินทางด้วยตนเองเพื่อไปพบปะ สังสรรค์กับบุคคลอื่นในสถานที่พักได้

- 1. ดี ไม่จำเป็นต้องมีคนช่วย
- 2. ปานกลาง ต้องมีคนช่วยบ้าง บางครั้ง
- 3. น้อย จำเป็นต้องมีคนช่วยตลอด

2.2 ความสัมพันธ์กับบุคคล

12. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับสมาชิกท่านอื่นในสถานที่พัก

- 1. เข้ากันได้ดี ไม่ค่อยทะเลาะกัน
- 2. ทะเลาะกันบ้างนานๆ ครั้ง
- 3. ทะเลาะกันเป็นประจำแต่ไม่รุนแรง
- 4. ทะเลาะกันรุนแรงเป็นประจำ
- 5. ไม่ค่อยได้พูดคุยกันมากนัก

13. ความสัมพันธ์ในกลุ่มเครือญาติ

1. จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยม (ภายในระยะเวลา 6 เดือน)

- 1. ไม่เคยมาเยี่ยมเลย
- 2. 1 - 3 ครั้ง
- 3. 4 - 6 ครั้ง
- 4. มากกว่า 6 ครั้ง

2. ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน (ก่อนเข้าพัก)

- 1. เข้ากันได้ดี ไม่ค่อยทะเลาะกัน
- 2. ทะเลาะกันบ้าง นานๆ ครั้ง
- 3. ทะเลาะกันเป็นประจำ แต่ไม่รุนแรง
- 4. ทะเลาะกันรุนแรงเป็นประจำ
- 5. ไม่ค่อยได้พูดคุยกันมากนัก

14. ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลประจำของท่าน (หลังเข้าพัก)

- 1. ดีมากที่สุด
- 2. ดีมาก
- 3. ดี
- 4. ปานกลาง
- 5. น้อย
- 6. น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม

3.1 สภาพที่พักอาศัย

15. ประเภทของที่พักอาศัย

- 1. ภาครัฐบาลสังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม
- 2. ภาคเอกชน

16. การตัดสินใจเข้าพักอาศัย

- 1. ตัดสินใจเข้าพักด้วยตนเอง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1. ไม่มีผู้ดูแล
 - 2. มีปัญหาด้านความสัมพันธ์
 - 3. อื่นๆ [กรุณาระบุ _____]
- 2. มีผู้อื่นตัดสินใจให้
 - 1. บุตร/หลาน/ญาติ
 - 2. บุคคลอื่น [กรุณาระบุ _____]

17. ความพึงพอใจต่อที่พักอาศัย

- 1. พึงพอใจมากที่สุด
- 2. พึงพอใจมาก
- 3. พึงพอใจปานกลาง
- 4. พึงพอใจน้อย
- 5. พึงพอใจน้อยที่สุด

18. จำนวนสมาชิกในห้อง

- 1. พักอยู่คนเดียว
- 2. พักอยู่ร่วมกัน จำนวน _____ คน

19. ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

ท่านพึงพอใจกับการบริการดังต่อไปนี้ ระดับใด	มากที่สุด (1)	มาก (2)	ปานกลาง (3)	น้อย (4)	น้อยที่สุด (5)
อาหาร (จำนวนมือ,ปริมาณ,รสชาติ,คุณภาพ)					
ความสะอาด(ห้องพัก,ของใช้ส่วนตัว,ที่ส่วนรวม)					
การบริการดูแลจากเจ้าหน้าที่					
การให้คำปรึกษา/ความใส่ใจจากเจ้าหน้าที่					

20. การเข้าร่วมกิจกรรม

ท่านได้มีส่วนร่วมกิจกรรมดังต่อไปนี้ ระดับใด	บ่อยที่สุด (1)	บ่อยมาก (2)	ปานกลาง (3)	น้อย (4)	น้อยที่สุด (5)
กิจกรรมอาสาสมัคร (งานประดิษฐ์/การทำอาหาร)					
กิจกรรมนันทนาการ (งานปีใหม่/วันผู้สูงอายุ/ท่องเที่ยว ฯลฯ)					
กิจกรรมทางศาสนา (ฟังธรรม/ตักบาตร/นั่งสมาธิ/สวดมนตร์ ฯลฯ)					
กิจกรรมด้านสุขภาพ (การออกกำลังกาย, การตรวจรักษา)					

แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
Thai Geriatric Depression scale

คำชี้แจง : แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบเกี่ยวกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน ไม่มีคำตอบที่ถือว่าถูกหรือผิดและคำตอบที่ได้จะถือเป็นความลับ ฉะนั้นจึงขอความกรุณาท่านตอบตามความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบ ที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดในแต่ละหัวข้อ โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

ให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ "ใช่" ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน
ให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ "ไม่ใช่" ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อ	ข้อความ	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (2)
1	คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้		
2	คุณไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ		
3	คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร		
4	คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ		
5	คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า		
6	คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้		
7	ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี		
8	คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ		
9	ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกมีความสุข		
10	บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง		
11	คุณรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ		
12	คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน		
13	บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า		
14	คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น		
15	การมีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้ เป็นเรื่องน่ายินดีหรือไม่		
16	คุณรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยๆ		

ข้อ	ข้อความ	ใช่(1)	ไม่ใช่(2)
17	คุณรู้สึกว่าคุณไม่ค่อยมีคุณค่า		
18	คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา		
19	คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องสนุกอีกมาก		
20	คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นอะไรใหม่ๆ		
21	คุณรู้สึกกระตือรือร้น		
22	คุณรู้สึกสิ้นหวัง		
23	คุณรู้สึกว่าคนอื่นดีกว่าคุณ		
24	คุณอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กน้อยอยู่เสมอ		
25	คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ		
26	คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน		
27	คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า		
28	คุณไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น		
29	คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว		
30	คุณมีจิตใจสบายแจ่มใสเหมือนก่อน		
คะแนนรวม			

แบบทดสอบความว่าเหว่

คำชี้แจง : แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบเกี่ยวกับความรู้สึก ไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูกหรือผิดและคำตอบที่ได้จะถือเป็นความลับ ฉะนั้นจึงขอความกรุณาท่านตอบตามความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในแต่ละหัวข้อ โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด

ข้อที่	ความรู้สึก	ไม่เคยเลย (1)	นานๆครั้ง (2)	บ่อย (3)	บ่อยมาก/ เป็นประจำ (4)
0	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่ามีความสุข				

ถ้าหัวข้อตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด : ขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง "บ่อยมาก/เป็นประจำ"

ถ้าหัวข้อตรงกับความรู้สึกตรงกับท่านบ้างค่อนข้างมาก : ขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง "บ่อย"

ถ้าหัวข้อตรงกับความรู้สึกตรงกับท่านบ้างเล็กน้อย : ขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง "นานๆครั้ง"

ถ้าหัวข้อไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย : ขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง "ไม่เคยเลย"

ข้อที่	ความรู้สึก	ไม่เคย เลย (1)	นานๆครั้ง (2)	บ่อย (3)	บ่อยมาก/ เป็นประจำ(4)
1	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าท่านเข้ากัน ได้ดีกับคนรอบข้าง				
2	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเพื่อน				
3	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าไม่รู้จักหันหน้าไปหาใครดี				
4	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าเหมือนอยู่ ตัวคนเดียว				
5	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อน				
6	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าตัวท่านมีอะไรส่วนมากที่คล้ายกับคนรอบข้าง				
7	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สนิทสนมกับใครอีกแล้ว				
8	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าความสนใจและความคิดของท่านไม่ตรงกับคนรอบข้าง				

ข้อที่	ความรู้สึก	ไม่เคย เลย (1)	นานๆครั้ง (2)	บ่อย (3)	บ่อยมาก/เป็น ประจำ(4)
9	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าอยากพบปะพูดคุยและผูกมิตรกับคนอื่น				
10	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกสนิทสนมกับคนอื่น				
11	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง				
12	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าความสัมพันธ์ของท่านกับคนอื่น ไม่มีความหมาย				
13	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าไม่มีใครรู้จักท่านอย่างแท้จริง				
14	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกโดดเดี่ยว				
15	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าท่านหาเพื่อนได้เสมอเมื่อท่านต้องการ				
16	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่ามีคนเข้าใจท่านจริงๆ				
17	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่ามีคนอยู่รอบข้างท่าน แต่กลับไม่เข้าใจท่าน				
18	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่ามีคนที่ท่านสามารถหารือด้วยได้				
19	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่ามีคนที่ท่านสามารถหันหน้าไปปรึกษาได้				
20	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าไม่อยากสูงส่ง กับใคร				
21	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าไม่มีเรื่องจะคุยกับคนรอบข้าง				
22	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าคนรอบข้างชอบนินทาท่าน				
23	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าไม่อยากพูดเพราะไม่ต้องการมีเรื่องกัน				
24	บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกอยากเก็บความไม่สบายใจไว้เอง				
คะแนนรวม					

แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง : แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบเกี่ยวกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน ไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูกหรือผิดและคำตอบที่ได้จะถือเป็นความลับ ฉะนั้นจึงขอความกรุณาท่านตอบตามความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย \surd ลงในช่องคำตอบ ที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดในแต่ละหัวข้อ และกรุณาตอบทุกข้อโดยเลือกตอบตามเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย (3)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)
1	ท่านเป็นคนที่มีคุณค่าทัดเทียมผู้อื่น				
2	ท่านยังเป็นที่พึ่งพาของลูกหลานเสมอ				
3	ท่านรู้สึกว่าท่านทำอะไรไม่สำเร็จเลย				
4	ท่านสามารถทำสิ่งต่างๆดีเท่าผู้อื่นในวัยเดียวกัน				
5	ท่านมีความภาคภูมิใจในตนเองน้อยเหลือเกิน				
6	ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง				
7	โดยทั่วไปแล้วท่านพอใจในตนเอง				
8	ท่านรู้สึกมีความนับถือตนเองน้อยกว่าที่ควรจะเป็น				
9	ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์				
10	บางครั้งท่านคิดว่าท่านไม่มีอะไรดีเลย				
คะแนนรวม					

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวธัญพร พรหมจันทร์ เกิดเมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2531 กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี คณะสหเวชศาสตร์ สาขา กายภาพบำบัด จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2554 และศึกษาต่อในหลักสูตร ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2555



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY