

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความว้าเหว่ การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่
การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคม และปัญหาทางด้านจิตใจ
ในกลุ่มผู้สูงอายุ

นางสาวโชติกา	จันทร์ลาวัลย์
นางสาวนภัสธนภรณ์	วรภัทรพูนสุข
นางสาวพิมลนาฏ	จันทร์กัลน์

โครงการทางจิตวิทยานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชาจิตวิทยา
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONS AMONG LONELINESS, COGNITIVE REAPPRAISAL, EXPRESSIVE SUPPRESSION,
SOCIAL SUPPORT AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN ELDERLY ADULTS

Miss Chotika Chantaralawan
Miss Naphattanakorn Woraphatpoonsuk
Miss Phimonnat Janklan

A Senior Project in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Bachelor of Science in Psychology
Faculty of Psychology
Chulalongkorn University
Academic Year 2016

หัวข้อโครงการทางจิตวิทยา

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความก้าวหน้ การกำกับ
อารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับ
อารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง การสนับสนุนทาง
สังคม และปัญหาทางด้านจิตใจ ในกลุ่มผู้สูงอายุ

โดย

นางสาวโชติกา จันทรวัดภัย
นางสาวนภัศรณกรณ์ วรภัทรพูนสุข
นางสาวพิมลนาฏ จันทร์กลั่น

หลักสูตร

ปริญญาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก

อาจารย์ ดร.สมบุญ จารุเกษมทวี

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษยา พิธิษฐสังฆการ

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นำโครงการทางจิตวิทยาฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาบัณฑิต

.....คณบดีคณะจิตวิทยา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คณางค์ มณีศรี)

คณะกรรมการสอบโครงการทางจิตวิทยา

.....อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก

(อาจารย์ ดร.สมบุญ จารุเกษมทวี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษยา พิธิษฐสังฆการ)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กวรรณิการ์ นลราชสุวัจน์)

.....กรรมการ

(อาจารย์ภาณุ สหัสสานนท์)

โชติกา จันทรวาณิชย์ นักสถนกรณั วรภัทรพูนสุข พิมลนาฏ จันทรภักดิ์: การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง
 ความว่าเหว่ การก้ากับอารมณ์ด้านกาประเมินความคิดใหม่ การก้ากับอารมณ์ด้านกายับยั้งกา
 ตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคม และปัญหาทางด้านจิตใจ ในกลุ่มผู้สูงอายุ (RELATIONS AMONG
 LONELINESS, COGNITIVE REAPPRAISAL, EXPRESSIVE SUPPRESSION, SOCIAL SUPPORT
 AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN ELDERLY ADULTS)

อ.ที่ปรึกษาโครงการหลัก: อาจารย์ ดร.สมบุญ จารุเกษมทวี

อ.ที่ปรึกษาโครงการร่วม: ผศ.ดร.กฤษยา พิธิษฐสังฆการ, 89 หน้า.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความว่าเหว่ การก้ากับอารมณ์ด้านกา
 ประเมินความคิดใหม่ การก้ากับอารมณ์ด้านกายับยั้งกาตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคม และปัญหา
 ทางด้านจิตใจ (ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด) ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง
 จำนวน 150 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
 ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความว่าเหว่ แบบวัดการก้ากับอารมณ์ แบบวัดการสนับสนุน
 ทางสังคม และแบบวัดปัญหาทางด้านจิตใจ ซึ่งใช้โปรแกรม SPSS for Windows Version 22 วิเคราะห์
 ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์การ
 ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีอายุเฉลี่ย 61.77 ± 1.6 ปี

ผลจากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรแต่ละตัว พบว่า ตัวแปร
 ความว่าเหว่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรปัญหาทางด้านจิตใจ เท่ากับ $.32^{**}$ ($p < .01$) และตัวแปรการ
 สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับตัวแปรปัญหาทางด้านจิตใจ เท่ากับ $-.22^{**}$ ($p < .01$)

ผลจากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ความว่าเหว่ การก้ากับอารมณ์ด้านกาประเมิน
 ความคิดใหม่ การก้ากับอารมณ์ด้านกายับยั้งกาตอบสนอง และการสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนาย
 ปัญหาทางด้านจิตใจได้ร้อยละ 11.8 ($p < .001$) โดยมีเพียงตัวแปรความว่าเหว่ที่สามารถทำนายปัญหา
 ทางด้านจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .28, p < .05$) ส่วนการก้ากับอารมณ์ด้านกาประเมิน
 ความคิดใหม่ การก้ากับอารมณ์ด้านกายับยั้งกาตอบสนอง และการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถ
 ทำนายปัญหาทางจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สาขาวิชา.....จิตวิทยา.....ลายมือชื่อนิติ.....

ปีการศึกษา.....2559.....ลายมือชื่อนิติ.....

ลายมือชื่อนิติ.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาโครงการทางจิตวิทยาหลัก.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาโครงการทางจิตวิทยาร่วม.....

5637425238, 5637453838, 5637479138: MAJOR PSYCHOLOGY

KEY WORDS: PSYCHOLOGICAL DISTRESS / LONELINESS / COGNITIVE REAPPRAISAL /
EXPRESSIVE SUPPRESSION / SOCIAL SUPPORT / ELDERLY ADULTS

CHOTIKA CHANTARALAWAN NAPHATTANAKORN WORAPHATPOONSUK

PHIMONNAT JANKLAN: RELATIONS AMONG LONELINESS, COGNITIVE
REAPPRAISAL, EXPRESSIVE SUPPRESSION, SOCIAL SUPPORT AND
PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN ELDERLY ADULTS.

ADVISOR: SOMBOON JARUKASEMTHAWEE, Ph. D.,

CO-ADVISOR: ASSIST. PROF. KULLAYA PISITSUNGKAGARN, Ph. D., 89 pp.

The purpose of this research study was to investigate relationships among loneliness, cognitive reappraisal, expressive suppression, social support and psychological distress (depression, anxiety, stress) in elderly adults. Participants were 150 elderly who live in Bangkok Metropolitan Region. The instruments used were Self-report Questionnaire, The UCLA Loneliness Scale Version 3, Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire (FSSQ) and Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). Descriptive statistics, Correlation Analysis and Multiple Regression Analysis were conducted using SPSS for Windows Version 22. The results showed that participants had the average age of 61.77 ($SD = 1.6$). A positive correlation was found between loneliness and psychological distress ($r = .32^{**}$, $p < .01$). A negative correlation was found between social support and psychological distress ($r = -.22^{**}$, $p < .01$). Multiple Regression Analysis indicated that only loneliness significantly predicted psychological distress and accounted for a significant amount of its variance (11.8%, $p < .001$). Findings were discussed in terms of research contribution and clinical implications in geriatric mental health enhancement.

Field of study:.....Psychology..... Student's Signature

Academic Year:.....2016..... Student's Signature

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

โครงการทางจิตวิทยาฉบับนี้สำเร็จไปได้ด้วยดีจากความกรุณาของ อาจารย์ ดร.สมบุญ จารุกษม-
ทวิ อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุลยา พิธิษฐสังฆการ อาจารย์ที่ปรึกษา
โครงการร่วม ผู้ให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือ และดูแลเอาใจใส่ด้วยความห่วงใยตลอดระยะเวลาการทำ
โครงการทางจิตวิทยาฉบับนี้ อีกทั้งยังเสียสละเวลาในการตรวจแก้ไขความบกพร่องต่าง ๆ จนทำให้
โครงการฉบับนี้สมบูรณ์และสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผศ.ดร.ณัฐสุดา เต็มพันธ์ ดร.พนิตา เสือวรรณศรี
และอาจารย์สรวิศ รัตนชาติชูชัย ผู้กรุณาให้คำแนะนำและดูแลกระบวนการในการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ใน
งานวิจัย ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร.สมบุญ จารุกษมทวิ ผู้อนุญาตให้ใช้แบบวัดปัญหาทางด้าน
จิตใจฉบับแปลเป็นภาษาไทย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กุลยา พิธิษฐสังฆการ ผู้อนุญาตให้ใช้แบบวัดการ
กำกับอารมณ์ฉบับแปลเป็นภาษาไทย และคุณวัลลภา โคสิตานนท์ ผู้อนุญาตให้ใช้แบบวัดความว่าเหว
ฉบับแปลเป็นภาษาไทย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กวรรณิการ์ นลราชสุวัจน์ และอาจารย์ภาณุ สหัสสา-
นนท์ ที่ให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบโครงการทางจิตวิทยา และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์เพื่อแก้ไข
โครงการทางจิตวิทยาฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ของเนื้อหาและรายละเอียด

ขอกราบขอบพระคุณบุคคลทุกท่านที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย รวมทั้งให้ความร่วมมือใน
การตอบแบบสอบถาม

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะจิตวิทยาที่คอยอำนวยความสะดวกให้กับนิสิตตลอดระยะเวลาการทำ
โครงการวิจัย

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ตลอดจนญาติพี่น้องของผู้วิจัยที่คอยสนับสนุนและให้
ความช่วยเหลือตลอดการทำโครงการทางจิตวิทยาฉบับนี้ และขอขอบคุณเพื่อนทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือ
ซึ่งกันและกันตลอดมา อีกทั้งเพื่อนสนิททุกคนของผู้วิจัยที่เป็นเพื่อนร่วมทุกข์ร่วมสุข คอยเป็นกำลังใจ
ให้ความรัก ความปรารถนาดีและอยู่เคียงข้างกันเสมอมา

คณะผู้วิจัย

นางสาวโชติกา	จันทร์ลาวัณย์
นางสาวนภัสนกรณ	วรภัทรพูนสุข
นางสาวพิมลนาฏ	จันทร์กลิ่น

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดงานวิจัย.....	6
สมมติฐานงานวิจัย.....	6
ขอบเขตในงานวิจัย.....	7
ตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางด้านจิตใจ.....	9
ภาวะซึมเศร้า.....	9
ความวิตกกังวล.....	15
ความเครียด.....	20
แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความก้าวหน้.....	26
แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำกับอารมณ์.....	31
แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม.....	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	40
กลุ่มตัวอย่าง.....	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การพัฒนาเครื่องมือ และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	40
วิธีดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล.....	46
วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล.....	47

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	48
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง.....	49
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน.....	52
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย.....	54
อภิปรายผลการศึกษา.....	54
ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ.....	56
การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้.....	57
สรุปผลการวิจัย.....	58
รายการอ้างอิง.....	61
ภาคผนวก.....	70
ภาคผนวก ก แบบวัดฉบับสมบูรณ์ที่ใช้เก็บข้อมูลในการวิจัย.....	71
ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล.....	72
ตอนที่ 2 แบบวัดความว่าเหว.....	73
ตอนที่ 3 แบบวัดการกำกับอารมณ์.....	75
ตอนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม.....	76
ตอนที่ 5 แบบวัดปัญหาทางด้านจิตใจ.....	77
ภาคผนวก ข การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของมาตรวัดที่ใช้ในการวิจัย.....	80
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของมาตรวัดที่ใช้ในการวิจัย.....	81
มาตรวัดสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ.....	82
ภาคผนวก ค การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	84
ประวัติผู้เขียนโครงงานวิจัย.....	89

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามปัจจัยทางประชากรศาสตร์.....	49
ตารางที่ 2 ค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปร.....	51
ตารางที่ 3 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร.....	52
ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของตัวแปรต้นในการทำนายตัวแปรตาม.....	52

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 โมเดลทำนายปัญหาทางด้านจิตใจของความก้าวเหว การกำกับอาวมณัด้านการประเมิน ความคิดใหม่ การกำกับอาวมณัด้านการยับยั้งการตอบสนอง และการสนับสนุนทางสังคม.....	6
ภาพที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อทดสอบความสามารถในการทำนายปัญหาทางด้านจิตใจ ของความก้าวเหว การกำกับอาวมณัด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับอาวมณั ด้านการยับยั้งการตอบสนอง และการสนับสนุนทางสังคม.....	53

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโครงสร้างของประชากรโลกมีการเปลี่ยนแปลงไปมากเมื่อเทียบกับอดีต โดยคาดการณ์ว่าภายในปี 2050 ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มจาก 900 ล้านคน เป็น 2,000 ล้านคน (องค์การอนามัยโลก, 2016) เช่นเดียวกันกับประเทศไทยที่กำลังเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งหมายถึง สังคมที่มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557) จากผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ได้ทำการสำรวจจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยครั้งแรกในปี 2537 พบว่า มีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และทำการสำรวจครั้งล่าสุดในปี 2557 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างรวดเร็วในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2016) ได้ให้คำนิยามผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นบุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยเมื่อบุคคลก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ จะเกิดกระบวนการเสื่อมถอยทางร่างกายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพกายและจิตใจเป็นพิเศษ พบว่า ร้อยละ 20 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องทุกข์ทรมานจากปัญหาทางด้านจิตใจและโรคทางสมอง โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้า (depression) ภาวะสมองเสื่อม (dementia) และความวิตกกังวล (anxiety) ซึ่งปัญหาทางด้านจิตใจและโรคทางสมองที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุนี้ มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางจิตวิทยา นอกจากนี้ ยังมีความเครียดต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาสุขภาพกาย ความเจ็บป่วยเรื้อรัง การสูญเสียญาติหรือคนที่สนิท การเกษียณอายุงานที่ทำให้ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำลง ความพิการหรือการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุ

ต้องพึ่งพาและได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจนำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยว

(isolation) ความวิ้าเหว่ (loneliness) และปัญหาทางด้านจิตใจ (psychological distress) ในผู้สูงอายุได้ การเกษียณอายุงานถือเป็นการเปลี่ยนผ่านหนึ่งในช่วงชีวิตของคนเรา เป็นช่วงที่เกิดการเปลี่ยนแปลงจากการมีงานทำเป็นไม่มีงานทำ จากที่เคยมีรายได้เป็นไม่มีรายได้ จากที่เคยช่วยเหลือตัวเองได้เป็นต้องพึ่งพิงผู้อื่น และถือว่เป็นก้าวแรกของการเป็นผู้สูงอายุก็ว่าได้

วัยเกษียณ คือ ช่วงอายุที่ครบกำหนดการรับราชการหรือการทำงาน โดยในประเทศไทยได้กำหนดอายุเกษียณราชการไว้ที่ 60 ปี ซึ่งช่วงหลังเกษียณถือเป็นช่วงของการพักผ่อน ปล่อยวางตัวเองจากภาระหน้าที่ การงานต่าง ๆ ควรจะเป็นช่วงของการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความสุข แต่อย่างไรก็ตาม มีผู้เกษียณอายุงานไม่น้อย ที่ต้องเผชิญปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงนี้ เพราะต้องออกจากสังคม สิ่งแวดล้อมที่เคยชินมาตลอดหลายสิบปี ทั้งด้านสังคมการทำงาน หรือในบางรายอาจรวมถึงสังคมเพื่อน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเหงา ความรู้สึกวิ้าเหว่ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า จากการสูญเสียอำนาจ ไม่เป็นที่ยอมรับ จนอาจพัฒนาไปสู่การเกิดปัญหาทางด้านจิตใจได้

การเกษียณอายุงานเป็นสิ่งที่แทบทุกคนจะต้องเผชิญ ดังนั้น การวางแผนชีวิตหลังวัยเกษียณจึงเป็นสิ่งสำคัญ หากมีการวางแผนชีวิตที่ไม่ดี อาจก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้ เช่น ปัญหาทางด้านสุขภาพ ภาวะเจ็บป่วยซึ่งเกิดจากทั้งการใช้ชีวิตไม่เหมาะสม และการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามอายุ หรือผู้สูงอายุหลังวัยเกษียณอายุงานบางคนอาจไม่มีงานหรือกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ไม่ได้ออกกำลังกาย อาจทำให้รู้สึกว่ชีวิตว่างเปล่า หรือเมื่อเกษียณอายุงานแล้วต้องอยู่บ้านคนเดียว ไม่ได้ออกไปสังสรรค์กับเพื่อนฝูง ไม่ค่อยได้ใช้เวลาไปกับลูกหลาน รวมถึงด้านการเงิน หลังเกษียณ ผู้สูงอายุอาจมีรายจ่ายมากขึ้น ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ เพราะต้องพึ่งพิงลูกหลาน นอกจากนี้ การเกษียณอายุงาน ทำให้ผู้สูงอายุพ้นจากตำแหน่งหน้าที่ สูญเสียอำนาจ การได้รับการยอมรับนับถือ อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่คุณค่าของตนเองนั้นลดน้อยลง ไม่เป็นที่ต้องการของผู้อื่นและสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางด้านจิตใจได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุในวัยเกษียณจึงเป็นกลุ่มที่ควรให้ความสำคัญ

สำหรับในประเทศไทย พบว่ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางด้านจิตใจมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มอื่น ๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 15.5 (อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รักษ์, ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัญญา ชูเลิศ, 2553) และผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีความเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 15 รองลงมาคือ สมรส คิดเป็นร้อยละ 14.8 และโสด คิดเป็นร้อยละ 11.7 ตามลำดับ (วิชาญ ชูรัตน์, โยธิน แสงวงดี และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ, 2555)

โดยปัญหาจิตใจที่พบบ่อยในผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด และความรู้สึกสิ้นหวัง ซึ่งจากรายงานผลการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย ปี 2548-2549 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พบว่า ภาวะสุขภาพจิตที่พบในผู้สูงอายุมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งคือ ภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 87 นอกจากนี้ ผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2550 พบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุมากที่สุด คือ เบื่ออาหาร คิดเป็นร้อยละ 4 ซึ่งเป็นหนึ่งในอาการที่บ่งชี้ภาวะซึมเศร้า รองลงมา คือ ความวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 3.4 ซึ่งปัญหาดังกล่าวจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ นอกจากนี้ Lavretsky และ Newhouse (2013) กล่าวว่า ยิ่งอายุเพิ่มมากขึ้นก็ยิ่งได้รับความเครียด เนื่องจากการสูญเสียหลายด้าน เช่น ด้านการเงิน ด้านจิตสังคม ความเสื่อมถอยของสุขภาพ ความเป็นอิสระ และความสามารถทางปัญญา

จากการทบทวนวรรณกรรมทางจิตวิทยา พบว่า ปัญหาทางด้านจิตใจ ทั้งภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดนั้นมีความสัมพันธ์กับตัวแปร ความว้าเหว การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง และการสนับสนุนทางสังคม

ความว้าเหวมักเกิดร่วมกับความสูงอายและเป็นปัญหาที่รุนแรงในผู้สูงอายุ โดยความว้าเหวเป็นประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดหรือมีความบกพร่องด้านเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นด้านปริมาณหรือคุณภาพ (Peplau & Perlman, 1984) ซึ่งปัจจุบันการที่โครงสร้างครอบครัวเปลี่ยนแปลงเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีเวลาอยู่ด้วยกันน้อยลง ส่งผลให้มีการแสดงความรัก ความเอาใจใส่ การให้กำลังใจและสนับสนุนกันและกันน้อยลง ซึ่งให้เห็นว่าผู้สูงอายุอาจมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ขาดคุณภาพ ซึ่งส่งผลเสียต่อสภาพจิตใจและสุขภาพของผู้สูงอายุ (Canada's National Senior Council, 2014b) ยิ่งไปกว่านั้น ผู้สูงอายุ คือ บุคคลวัยเกษียณจากงาน การมีเวลาว่างมากขึ้นและไม่ได้รับการเติมเต็มในส่วนที่หายไป อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว้าเหวได้ โดย Hodgson, Freedman, Granger และ Emo (2004 อ้างถึงใน Bekhet & Zauszniewski, 2012) ได้ทำการวิจัยในกลุ่มคนวัยเกษียณอายุงาน พบว่าผู้สูงอายุมีการรายงานถึงความรู้สึกว้าเหว ซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Aylaz, Aktürk, Erci, Öztürk และ Aslan (2012) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหวและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ความสูงวัยเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งสภาพอารมณ์และจิตใจ และยังพบว่า ความว้าเหวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่มักพบในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่พบว่า ความว้าเหว

ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านความคิดและจิตใจ โดยบุคคลที่มีความรู้สึกว่าเหว มีมุมมองต่อการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมทางลบ มีความทรงจำหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในรูปแบบที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง รู้สึกว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่นอกเหนือการควบคุมของตนเอง มีผลกระทบเชื่อมโยงต่อสภาพจิตใจคือ อាកารซึมเศร้าและความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อการหลั่งฮอร์โมนความเครียดอีกด้วย (Hawley & Cacioppo, 2010)

นอกจากนี้ ถึงแม้ผู้สูงอายุจะเป็นช่วงวัยที่เกิดการเสื่อมถอยทางร่างกาย ปัญญา และสังคมอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตาม กลับพบว่า ผู้สูงอายุมีการรายงานระดับสุขภาวะทางจิตใจที่สูงกว่าวัยหนุ่มสาว ซึ่งการศึกษาของ Urry และ Gross (2010) พบว่า การกำกับอารมณ์เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่สามารถอธิบายระดับสุขภาวะที่เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุได้ โดยการกำกับอารมณ์ คือ การที่บุคคลพยายามกำหนดอารมณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดอารมณ์ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ และแสดงอารมณ์นั้นออกมา (Gross, 1998) เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการกำกับอารมณ์ของตนเองเพิ่มมากขึ้นและดีขึ้น โดยผู้สูงอายุจะเลือกใส่ใจข้อมูลทางบวกมากกว่าข้อมูลทางลบ ซึ่งจะช่วยในการรักษาระดับอารมณ์ได้ (Isaacowitz, Toner, Goren & Wilson, 2008 อ้างถึงใน Urry & Gross, 2010) และยังพบว่า การกำกับอารมณ์อย่างไม่เหมาะสม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล (Mennin, McLaughlin & Flanagan, 2009) รวมถึงภาวะซึมเศร้า (Ehring, Tuschen-Caffier, Schnulle, Fischer & Gross, 2010 อ้างถึงใน Pascuzzi & Smorti, 2016) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีการกำกับอารมณ์โดยใช้การประเมินความคิดใหม่ (cognitive reappraisal) บ่อยกว่าเมื่อเทียบกับผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งการใช้การประเมินความคิดใหม่เป็นประจำ มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางด้านจิตใจในระดับต่ำ ช่วยให้มีความสุขภาวะทางจิตดีขึ้น ช่วยลดความทุกข์จากการมีอารมณ์ทางลบ และยังส่งผลกระทบต่อลดการเกิดอาการซึมเศร้าอีกด้วย เนื่องจากอาการซึมเศร้านักถูกกระตุ้นจากอารมณ์ทางลบ และการประเมินความคิดใหม่ช่วยให้อารมณ์ทางลบลดลง การกำกับอารมณ์อย่างเหมาะสมจึงเป็นอีกทางหนึ่งในการป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าได้ ส่วนการใช้การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง (expressive suppression) มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ในทางที่ไม่ดี โดยบุคคลที่ใช้การกำกับอารมณ์วิธีนี้จะมีอารมณ์ทางลบสูง ส่งผลให้การสนับสนุนทางสังคมลดน้อยลง รวมทั้งเพิ่มระดับการเกิดอาการซึมเศร้า และยังสัมพันธ์กับการมีปัญหาทางด้านจิตใจอีกด้วย (John & Gross, 2004)

ในปัจจุบันการศึกษาและการวิจัยทางจิตวิทยา ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่

สำคัญอย่างหนึ่งที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับความสูญเสียที่มากขึ้นในบริบทของการสูญเสียทรัพยากรทางสังคม และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอกับความต้องการ ทั้งในด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและความถี่ในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น โดย Thoits (1982) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถบรรเทาผลกระทบจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wills (1991) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (social support) สามารถป้องกันภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความพิการทางร่างกายของผู้สูงอายุได้ จึงอาจกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาสุขภาพจิตและการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี โดยการสนับสนุนทางสังคมสามารถส่งผลกระทบต่อปัญหาทางด้านจิตใจได้ 2 รูปแบบ คือ ผลกระทบโดยตรง (direct effect) เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีประโยชน์โดยตรงต่อสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานการณ์ในชีวิต และผลกระทบทางอ้อม (indirect effect) หรือการบรรเทา (buffer) เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีประโยชน์ต่อบุคคลที่ไวต่อสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น เหตุการณ์ทางลบในชีวิตและความยากลำบากต่าง ๆ (Cohen & Wills, 1985) นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นตัวบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียดได้ โดยการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการจัดการกับปัญหา เช่น เพิ่มการเห็นคุณค่าในตัวเอง (self-esteem) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) เป็นต้น (Boen, Dalgard & Bjertness, 2012) จากงานวิจัยของ De Beurs และคณะ (2001) พบว่า ผู้ที่รายงานว่ามีการสนับสนุนทางสังคมมาก มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลน้อย เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เคร่งเครียด เช่นเดียวกับ Lee และ Kim (2016) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบโดยอ้อมต่อภาวะซึมเศร้าผ่านความเครียดของบุคคล ซึ่งการลดลงของความเครียดนั้นจะนำไปสู่การลดลงของภาวะซึมเศร้าด้วย จึงสรุปได้ว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุ

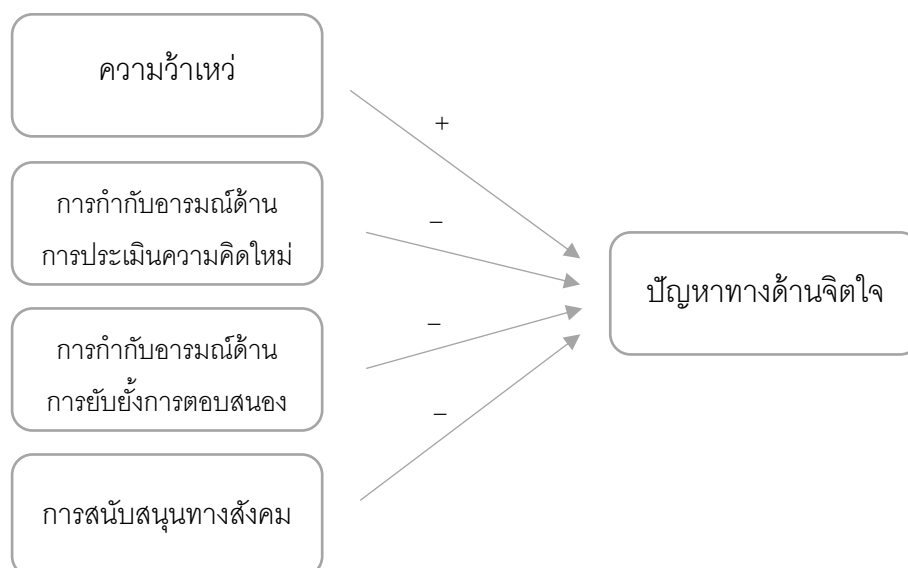
จากข้อมูลที่กล่าวมาในข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความไว้หว่ การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคม และปัญหาทางด้านจิตใจ ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาทางด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุในสังคมไทยมีสุขภาพจิตดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาวิจัยดังกล่าวในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การทำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การทำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคม และปัญหาทางด้านจิตใจในกลุ่มผู้สูงอายุไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การทำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การทำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคม และปัญหาทางด้านจิตใจ ในกลุ่มผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดงานวิจัย



ภาพที่ 1 โมเดลทำนายปัญหาทางด้านจิตใจโดยความวิตกกังวล การทำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การทำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง และการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานงานวิจัย

ความวิตกกังวล การทำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การทำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนายปัญหาทางด้านจิตใจ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความว้าเหว การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคม และปัญหาทางด้านจิตใจ ในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60-65 ปี ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 150 คน

ตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัย

ตัวแปรอิสระ มี 4 ตัวแปร ได้แก่ ความว้าเหว การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม มี 1 ตัวแปร ได้แก่ ปัญหาทางด้านจิตใจ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเมื่อบุคคลก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ จะเกิดกระบวนการเสื่อมถอยทางร่างกายอย่างต่อเนื่อง และการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มจะเผชิญกับปัญหาทางด้านจิตใจเป็นพิเศษ (องค์การอนามัยโลก, 2016)

ความว้าเหว (loneliness) หมายถึง ความรู้สึกเหงาที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดความสัมพันธ์ทางสังคม โดยโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัด The UCLA Loneliness Scale Version 3 ซึ่งพัฒนาโดย Russell (1996) โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตจาก วัลลภา โคสิดานนท์ ซึ่งเป็นผู้แปลแบบวัดเป็นภาษาไทย

การกำกับอารมณ์ (emotion regulation) หมายถึง การที่บุคคลพยายามกำหนดอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเกิดอารมณ์ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งการแสดงอารมณ์นั้นออกมา (Gross, 1998b) แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ (cognitive reappraisal) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางความคิดเกี่ยวกับการตีความสถานการณ์ที่มีการแสดงทางอารมณ์เกี่ยวข้อง ซึ่งส่งผลกระทบต่ออารมณ์ที่เกิดในสถานการณ์นั้น และการกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง (expressive suppression) หมายถึง การปรับการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ โดยการยับยั้งการแสดงออกทางอารมณ์ โดยโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัด Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) พัฒนาโดย Gross และ John (2003) โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตจาก ผศ.ดร. กุลยา พิสิษฐ์สังฆการ ซึ่งเป็นผู้แปลแบบวัดเป็นภาษาไทย

การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่ทำให้บุคคลได้รับความรักความเอาใจใส่ ความเคารพยกย่อง การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ตลอดจนให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางบวก โดยโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัด The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire (FSSQ) ซึ่งพัฒนาโดย Broadhead, Gehlbach, DeGruy และ Kaplan (1988) โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดและข้อคำถามดังกล่าวมาพัฒนาเป็นภาษาไทย

ปัญหาทางด้านจิตใจ (psychological distress) ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด

ภาวะซึมเศร้า (depression) หมายถึง การมีอารมณ์เศร้า หดความสนใจในสิ่งที่เคยสนใจ และความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

ความวิตกกังวล (anxiety) หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด มีความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่คาดเดาได้ยาก หรือเป็นสถานการณ์ที่คาดว่าจะอันตรายหรือคุกคามต่อชีวิต

ความเครียด (stress) เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งแวดล้อมที่มากเกินไป ว่าเป็นผลมาจากการที่บุคคลรับรู้และประเมินสถานการณ์นั้น

โดยโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้มาตรวัด Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) ฉบับย่อ ซึ่งพัฒนาโดย Lovibond และ Lovibond (1995) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามในด้านภาวะซึมเศร้า (depression) ด้านความวิตกกังวล (anxiety) และด้านความเครียด (stress) ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจาก ดร. สมบุญ จารุเกษมทวี ซึ่งเป็นผู้แปลแบบวัดเป็นภาษาไทย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างความหวาดหวั่น การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคม และปัญหาทางด้านจิตใจ ในกลุ่มผู้สูงอายุ

2. เพื่อเป็นข้อมูลที่น่ามาใช้เป็นแนวทางในการทำความเข้าใจและดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงสร้างบริการทางจิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้สูงอายุ

บทที่ 2

ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษา คือ ความก้าวเทว การก้ากับอารมณั้ด้านการประเมินความคิดใหม่ การก้ากับอารมณั้ด้านการยับยั้งการตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคม และปัญหาทางด้านจิตใจ ซึ่งผู้วิจัยขอแบ่งการนำเสนอออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางด้านจิตใจ
2. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความก้าวเทว
3. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการก้ากับอารมณั้ (การก้ากับอารมณั้ด้านการประเมินความคิดใหม่ และการก้ากับอารมณั้ด้านการยับยั้งการตอบสนอง)
4. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

1. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางด้านจิตใจ

ซึ่งประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด

1.1 ภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ได้มีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

American Psychiatric Association (2013) ให้ความหมายของโรคซึมเศร้าไว้ในคู่มือ DSM-V ว่าเป็นความเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อกระทบต่อความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของบุคคล ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเศร้า และหมดความสนใจในสิ่งที่เคยสนใจ ซึ่งภาวะซึมเศร้าสามารถนำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์และทางกายได้

Efthimiou และ Psoma (2012) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าไว้ว่า เป็นความผิดปกติที่ส่งผลต่ออารมณ์ของบุคคล ประกอบกับมีอาการเหนื่อย หมดพลัง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะประสบกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางร่างกาย เช่น ปัญหาการนอนหลับ ปัญหาการรับประทานอาหาร เป็นต้น รวมถึงมี

ปัญหาเกี่ยวกับมุมมองต่อตนเอง โดยจะประเมินและเชื่อมั่นในตนเองต่ำ รู้สึกไม่มีคุณค่า นอกจากนี้ อาการที่เกิดขึ้นยังอาจส่งผลให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพกับคนรอบข้างได้

Stifanis (2002 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าไว้ว่า เป็นอาการเศร้าที่มากเกินไป นานเกินไป อาการไม่ดีขึ้นแม้จะได้รับการกำลังใจหรือได้รับการอธิบายด้วยเหตุผล บุคคลจะรู้สึกผิด รู้สึกไม่มีค่า ไปจนถึงขั้นมีความคิดอยากตาย ซึ่งพบบ่อยว่าอาการที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน สังคม และการประกอบกิจวัตรประจำวัน

ดวงใจ กสานติกุล (2542) อธิบายว่า เป็นโรคที่พบได้บ่อย และสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกเพศ ทุกวัย โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า รู้สึกหดหู่ติดต่อกันนานเป็นสัปดาห์ รวมถึงอาจมีอาการทางกายอื่น ๆ ร่วมด้วยได้ เช่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น และอาการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคนรอบข้างเป็นอย่างมาก หากอาการร้ายแรงอาจถึงขั้นฆ่าตัวตายได้

จากคำจำกัดความของภาวะซึมเศร้า ที่มีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ ความหมายของภาวะซึมเศร้าโดยทั่วไป หมายถึง ความเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์ของบุคคล ทำให้บุคคลมีอารมณ์เศร้าหมดความสนใจในสิ่งที่เคยสนใจ และความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยทางชีวภาพ สังคม และจิตใจ ซึ่งได้มีการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นนี้กันอย่างแพร่หลาย และสามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัย แนวคิด และทฤษฎี ดังนี้

1) ปัจจัยทางชีวภาพ

สมองเป็นหนึ่งในประเด็นที่ได้รับความนิยมในการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานของสมองและสาเหตุของโรคต่าง ๆ ในภาวะซึมเศราก็เช่นกัน ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับระบบการทำงานในสมองที่ผิดปกติ และถูกนำมาอธิบายสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเมื่อทำการแสกนสมองของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า สมองส่วนหน้า (frontal lobe) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ทำงานเกี่ยวกับกระบวนการทางปัญญาขั้นสูง มีการทำงานในระดับที่ต่ำกว่าปกติ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ใช่ภาวะซึมเศร้า รวมถึงรูปแบบของกระบวนการทางอารมณ์มีความผิดปกติ ส่งผลให้ไปขัดขวางความสามารถในการยับยั้งสภาวะความรู้สึกทางลบของผู้ที่มีอาการซึมเศร้า (Borchard, 2014)

พันธุกรรมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยพบว่า มียีนที่ทำให้เกิดความเสี่ยงในการเป็นภาวะซึมเศร้าและโรคทางอารมณ์หลายตัว นักวิทยาศาสตร์ได้ทำการทดลองและพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของยีนที่ทำให้บุคคลพัฒนาอาการซึมเศร้าเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้

จิตใจบอบช้ำ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคู่แฝด พบว่า หากแฝดคนใดคนหนึ่งมีภาวะซึมเศร้า แฝดอีกคนหนึ่งจะมีภาวะซึมเศร้าด้วยถึงร้อยละ 46 ในคู่แฝดแท้ เปรียบเทียบกับคู่แฝดคล้ายที่พบเพียงร้อยละ 20 (Borchard, 2014)

ระดับฮอร์โมนในร่างกายและการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อที่ผิดปกติ ยังส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าอีกด้วย โดยระดับฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อไม่สมดุล ที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของ hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis ซึ่งเป็นส่วนที่ทำหน้าที่จัดการการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียด โดยเมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด hypothalamus จะสร้าง corticotropin-releasing factor (CRF) และสารอื่น ๆ ที่ผลิตจากต่อมใต้สมอง (pituitary gland) เพื่อหลั่งฮอร์โมนความเครียดออกมาตอบสนองต่อความเครียดในลักษณะของการหนีหรือสู้ (flight-or-fight response) ซึ่งหาก HPA มีการทำงานอย่างต่อเนื่องมากเกินไปจะสามารถนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Borchard, 2014)

นอกจากนี้ ยังมีทฤษฎีประสาทสรีรวิทยาของภาวะซึมเศร้า (neurophysiological theory of depression) โดย Hall (1998) ที่อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลข้างเคียงมาจากการใช้ยาต่าง ๆ ในการรักษาโรค ยกตัวอย่างเช่น Monoamine Hypothesis เป็นสมมติฐานที่เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากการที่ Monoamine ทำงานได้ไม่เพียงพอ เนื่องจากเมื่อใช้ยาด้านซึมเศร้าจะกระตุ้นให้ Monoamine ทำงาน และยังมีหลักฐานที่สนับสนุนสมมติฐานนี้ เช่น การใช้ยา Reserpine รักษาภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งมีฤทธิ์ต่อต้านการทำงานของ Monoamine ปัจจุบันจึงไม่นิยมใช้เนื่องจากทำให้เกิดผลข้างเคียงเป็นภาวะซึมเศร้า

2) ปัจจัยทางสังคม

Nolen-Hoeksema (1990) นักทฤษฎีทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้อธิบายไว้ว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ยกตัวอย่างปัจจัยทางสังคม เช่น การมีเพื่อนสนิทสามารถช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ สถานภาพสมรสยังเป็นอีกปัจจัยสำคัญ โดยพบว่าผู้ที่หย่าร้างมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่แต่งงานและโสด ส่วนปัจจัยทางวัฒนธรรม พบว่า ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเช่นกัน จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในประเทศฝั่งตะวันตก พบว่า กลุ่มตัวอย่างรายงานว่ามีอาการทางกาย เช่น เหนื่อยล้า มีปัญหาด้านการนอนหลับ ในขณะที่ลักษณะอาการรู้สึกผิด และการโทษตนเองจะพบมากในประเทศฝั่งตะวันตก

3) ปัจจัยทางด้านจิตใจ

ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavioral theory)

ทฤษฎีทางพฤติกรรมของภาวะซึมเศร้า (Behavioral theory of depression) โดย Lewinsohn (1975 อ้างถึงใน Efthimiou & Psoma, 2012) เป็นทฤษฎีที่อยู่บนพื้นฐานของแนวคิดการเสริมแรง โดยเชื่อว่า การได้รับการเสริมแรงทางบวกในระดับต่ำ ทำให้บุคคลเกิดอาการซึมเศร้าได้ ซึ่งการเสริมแรงทางบวกนี้ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์หรือสภาพแวดล้อมในชีวิตของบุคคล ความพร้อมของตัวเสริมแรง เงื่อนไขการเสริมแรง รวมถึงความสามารถของแต่ละบุคคล และการที่บุคคลได้รับการเสริมแรงจากผู้อื่น (เช่น ได้รับความเห็นอกเห็นใจ) โดยเฉพาะจากคนใกล้ชิด สามารถเป็นตัวช่วยในการป้องกันผู้ที่มีอาการซึมเศร้าจากการพยายามหมกมุ่นครุ่นคิดถึงเรื่องทางลบ และอาการซึมเศร้าสามารถดีขึ้นได้โดยการเพิ่มการเสริมแรงทางบวก (Lewinsohn & Libet, 1972) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความคิด ความรู้สึก และสภาพแวดล้อม ดังนั้น การรักษาอาการซึมเศร้าตามโมเดลของพฤติกรรมนิยมจึงเน้นไปที่การเพิ่มการเสริมแรงทางบวก การเพิ่มกิจกรรมทางบวกที่ทำให้ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าเกิดความพึงพอใจ และการพัฒนากิจกรรมทางสังคม

ทฤษฎีทางปัญญา (Cognitive theory)

1. ทฤษฎีความสิ้นหวังของภาวะซึมเศร้า (hopelessness theory of depression) โดย Abramson, Metalsky และ Alloy (1989 อ้างถึงใน McGinn, 2000) พัฒนามาจากแนวคิดการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ที่เกิดจากการเรียนรู้ (learned helplessness) และรูปแบบการระบุสาเหตุของพฤติกรรม (attribution style) ของ Seligman (1974) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ทางลบ บุคคลมีแนวโน้มจะตีความว่าสถานการณ์ทางลบนั้นจะคงอยู่ต่อไปและก่อให้เกิดผลที่แผ่ขยาย และเมื่อบุคคลเรียนรู้ว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลจะยอมแพ้ต่อความพยายามนั้น และจะนำไปสู่ความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

2. ทฤษฎีทางปัญญาของภาวะซึมเศร้า (cognitive model of depression) โดย Beck (1967) อธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าด้วย 3 แนวคิด ได้แก่ 1) ความคิดแง่ลบสามด้าน (cognitive triad) 2) แบบแผนความคิด (schemas) และ 3) กระบวนการคิดที่บิดเบือน (faulty information processing)

1) ความคิดแง่ลบสามด้าน (cognitive triad) ประกอบด้วย รูปแบบความคิดหลัก 3 ด้าน โดยความคิดด้านแรกคือ การที่บุคคลมีความคิดทางลบต่อตนเอง มองว่าตนเองบกพร่อง และคิดว่าประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจเป็นผลมาจากความบกพร่องของตนเอง ทำให้บุคคลมีแนวโน้มจะตำหนิตนเองและประเมินว่าตนเองไม่มีคุณค่า ความคิดด้านที่สองคือ การตีความประสบการณ์ของตนเองไป

ในทางลบ บุคคลจะมองโลกว่าตั้งความหวัง สร้างความต้องการจากตัวบุคคลสูงเกินไป และสร้างอุปสรรคที่ยากจะเอาชนะได้ ทำให้บุคคลไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในชีวิตได้ บุคคลจะตีความประสบการณ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อมทั้งคนหรือสิ่งของบิดเบือนไปในทางที่แสดงถึงความล้มเหลว และความคิดด้านที่สามคือ การที่บุคคลมีมุมมองทางลบต่ออนาคต บุคคลจะคาดหวังว่าความทรมานหรืออุปสรรคในชีวิตจะคงอยู่ต่อไปอย่างต่อเนื่อง และเมื่อพิจารณาถึงสิ่งที่ต้องทำในอนาคต บุคคลมักคิดว่าจะต้องล้มเหลว นำมาซึ่งความรู้สึกสิ้นหวัง

2) แบบแผนความคิด (schemas) เป็นแนวคิดที่ใช้อธิบายว่าเหตุใดบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจึงยังคงมีทัศนคติทางลบอยู่ ทั้ง ๆ ที่ยังมีปัจจัยทางบวกอื่น ๆ อีกมากมายในชีวิต โดยแบบแผนความคิดเป็นมุมมองในการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ของบุคคล ซึ่งมักพัฒนามาตั้งแต่ในวัยเด็กและมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์หนึ่ง ๆ บุคคลจะใช้แบบแผนความคิดในการเลือกใส่ใจ การจัดกลุ่มและการประเมินสถานการณ์ที่เผชิญกับประสบการณ์ของตนเอง และการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ซึ่งในสถานการณ์เดียวกัน แต่ละบุคคลจะมีการคิด การตีความ และการตอบสนองที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแบบแผนความคิดของแต่ละบุคคล ในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เฉพาะเจาะจง เช่น สถานการณ์ที่เครียด แบบแผนความคิดที่เหมาะสมจะถูกรบกวน และแบบแผนความคิดที่ผิดปกติจะถูกกระตุ้นให้ทำงาน ส่งผลให้ความคิด การตีความ และการตอบสนองต่อสถานการณ์ถูกบิดเบือนเพื่อให้สอดคล้องกับแบบแผนความคิดที่ผิดปกติ บุคคลจะสูญเสียการควบคุมกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลและไม่สามารถใช้แบบแผนความคิดที่เหมาะสมได้

3) กระบวนการคิดที่บิดเบือน (faulty information processing) เป็นความผิดพลาดของกระบวนการทางปัญญา (cognitive errors) ซึ่งทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะบิดเบือนหรือตีความการรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง โดยมักจะตีความไปในทางลบ ซึ่งจะนำไปสู่การลดการเกิดอารมณ์และเพิ่มความเฉื่อยชา โดยกระบวนการคิดที่บิดเบือนที่มักเกิดขึ้นในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เช่น Arbitrary inferences คือ การด่วนสรุป โดยไม่มีหลักฐานหรือเหตุผลที่เพียงพอมาสนับสนุน Selective thinking คือ การเลือกใส่ใจแต่ข้อมูลหรือเหตุการณ์ทางลบ และละเลยการรับรู้ข้อมูลทางบวก Catastrophizing คือ การคิดเกินจริงว่าความล้มเหลวเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่หายนะ Personalizing คือ การกล่าวโทษตนเองว่าเป็นสาเหตุของสิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้น All-or-Nothing thinking คือ การคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างมีแค่ 2 ด้าน เป็นสีขาวและดำ ไม่มีสีเทา รับรู้สิ่งต่าง ๆ ในลักษณะของการประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวเท่านั้น เป็นต้น

โดยงานวิจัยในครั้งนี้นี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีทางปัญญาของภาวะซึมเศร้า (cognitive model of depression) โดย Beck (1976) มาเป็นแนวทางในการศึกษา เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่ได้รับความนิยม สามารถอธิบายสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างครอบคลุม รวมถึงมีงานวิจัยรองรับเป็นจำนวนมาก

อาการ การรักษา และการป้องกันภาวะซึมเศร้า

ลักษณะอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้า เช่น มีอารมณ์ซึมเศร้า หดความสนใจในสิ่งที่ชอบหรือสิ่งที่เคยสนใจ น้ำหนักเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด อาจลดลงหรือเพิ่มขึ้น มีอาการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารมากเกินไป มีการเปลี่ยนแปลงด้านกรนอนหลับอย่างเห็นได้ชัด โดยอาจนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป มีอาการกระสับกระส่ายหรือเซื่องซึ้ง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ ใจลอย รวมถึงรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า และพบบ่งชี้ว่าอาการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจถึงขั้นมีความคิดเกี่ยวกับความตายหรือคิดอยากตาย

ในปัจจุบัน การรักษาและป้องกันภาวะซึมเศร้าสามารถทำได้หลากหลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา มีจุดประสงค์เพื่อปรับสมดุลของสารเคมีในสมอง เป็นการรักษาอาการโดยตรง ซึ่งมีผลทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นอย่างรวดเร็ว มักใช้ในรายที่มีอาการรุนแรง และอาการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิตประจำวัน โดยในปัจจุบันมียาที่ใช้รักษาภาวะซึมเศร้าหลากหลายชนิด แบ่งตามลักษณะโครงสร้างทางเคมีและวิธีการออกฤทธิ์ ได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ยากลุ่ม Tricyclic, ยากลุ่ม Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOI) และยากลุ่ม Serotonin-Specific Reuptake Inhibitor (SSRI) โดยยาแต่ละกลุ่มมีข้อดี ข้อเสีย รวมถึงผลข้างเคียงแตกต่างกันไป แต่ออกฤทธิ์ในการรักษาภาวะซึมเศร้าได้เหมือนกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของแต่ละคน โดยแพทย์จะเลือกจ่ายยากลุ่มใดกลุ่มหนึ่งก่อน เพื่อดูว่ายาชนิดใดให้ผลที่ดี จากนั้นแพทย์จึงจะปรับขนาดยาให้เหมาะสมในการรักษาอาการต่อไป ส่วนกรรักษาภาวะซึมเศร้าโดยไม่ใช้ยา มักใช้ในรายที่ไม่ต้องการทานยา และมีอาการไม่รุนแรงมาก เช่น การพูดคุยปรึกษากับจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ถึงอาการของตนเอง เข้าใจสาเหตุ และร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหา โดยมีหลักการ คือ การปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมทางลบที่มีต่อตนเอง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดอาการซึมเศร้า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ ซึ่งในประเทศไทยมีงานวิจัยที่ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประเด็นนี้ เช่น งานวิจัยเรื่องความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ ของเทพฤทธิ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพย์ากร ในปี 2554 โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 426 คน พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้ ร้อยละ 5.9 นอกจากนี้ ปัจจัยสถานภาพสมรสและความไม่พอเพียงของรายได้สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $p < .05$ ตามลำดับ)

การศึกษาของ อิทธิพล พลเยี่ยม, สุคนธา ศิริ, พิมพ์สุรางค์ เดชะบุญเสริมศักดิ์ และดุสิต สุจิรารัตน์ ในปี 2557 เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีอายุระหว่าง 60-98 ปี จำนวน 580 คน ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ฉบับภาษาไทย โดยหากมีคะแนนรวมมากกว่า 7 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า ผลพบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามได้คะแนนรวมมากกว่า 7 คะแนน จำนวน 166 คน คิดเป็นความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 28.6 ซึ่งถือเป็นความชุกที่ค่อนข้างมาก เมื่อเทียบกับการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา นอกจากนี้ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพหลังอายุ 60 ปี และความไม่พอเพียงของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

1.2 ความวิตกกังวล

ความหมายของความวิตกกังวล

ได้มีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

Barlow (2002 อ้างถึงใน Rygh & Sanderson, 2004) อธิบายถึงความวิตกกังวลด้วยโครงสร้างระหว่างความรู้คิดและความรู้สึก (cognitive-affective structure) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกิดจากความรู้สึกไม่สบายใจ รู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมอันตรายหรือเหตุการณ์ทางลบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้

Travis (1998) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะภายในจิตใจ เป็นความรู้สึกหวาดหวั่น กัดดัน ความเป็นทุกข์ จากความคาดหวังในสิ่งที่ไม่สามารถระบุได้

Spielberger (1996) ให้ความหมายว่า ความวิตกกังวลเกิดจากการที่บุคคลประเมินสิ่งเร้าว่าจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือจะทำให้เกิดอันตรายต่อตน ส่งผลให้บุคคลรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กังวลใจ และทำให้ระบบการทำงานของประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง

ดวงใจ สิงหวิเศษ (2534 อ้างถึงใน ทศนา บุญทอง, 2553) ให้ความหมายว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกตื่นตัว หัวใจไม่แน่ใจ เกิดจากการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ โดยบุคคลให้ความหมายต่อเหตุการณ์ว่าอันตราย ไม่ปลอดภัย และคุกคามต่อชีวิต

กอบบทัย สิทธิรณฤทธิ์ (2558) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่คาดเดาได้ยาก มีความไม่แน่นอน หรือเป็นปัญหาที่เกิดจากปมในใจ โดยบุคคลอาจจะแสดงอาการทางกาย เช่น เหงื่อแตก ใจสั่น มือสั่น กระวนกระวาย เป็นต้น ความวิตกกังวลในระดับน้อยถึงปานกลางอาจกระตุ้นให้บุคคลอยากพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น แต่หากมีความกังวลในระดับที่มากเกินไปจะส่งผลให้บุคคลมีความสามารถต่าง ๆ ลดลง

จากคำจำกัดความของความวิตกกังวล ที่มีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ ความหมายของความวิตกกังวลโดยทั่วไป หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด มีความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่คาดเดาได้ยาก หรือเป็นสถานการณ์ที่คาดว่าจะอันตรายหรือคุกคามต่อชีวิต

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

สาเหตุการเกิดความวิตกกังวล

สาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดและทฤษฎีต่อไปนี้

1) ทฤษฎีทางปัญญาเกี่ยวกับความวิตกกังวล (cognitive theory of anxiety)

ทฤษฎีของ Barlow (2002 อ้างถึงใน Rygh & Sanderson, 2004) อธิบายถึงความวิตกกังวลด้วยโครงสร้างระหว่างการรู้คิดและความรู้สึก (cognitive-affective structure) โดยอธิบายความวิตกกังวลจากมุมมองด้านอารมณ์ ความรู้สึกว่า ความวิตกกังวลเกิดจากการมีความกังวลหรือความไม่สบายใจมากเกินไปต่อเหตุการณ์ในอนาคต มีความคิดต่อเหตุการณ์นั้นว่าตนไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์หรือความรุนแรงของสถานการณ์ได้ ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์หนึ่ง que แสดงให้เห็นว่า บุคคลมีความพยายามที่จะรับมือกับเหตุการณ์ทางลบที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ ความวิตกกังวลอาจเกิดขึ้นเองโดยไม่มีเหตุผลก็ได้

Beck, Emery และ Greenberg (1985) อธิบายว่า ปัจจัยทางการรู้คิดเป็นสาเหตุให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสมหรือมากเกินไปจนเป็นจริง Beck เชื่อว่าหากมีการรับรู้หรือมีความคิดต่อสถานการณ์อันตรายอย่างไม่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้มีการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับโรควิตกกังวล โดยบุคคลที่มีกระบวนการคิดที่บิดเบือน (dysfunctional thinking processes) เช่น การตีความเกินจริง (catastrophizing) การเลือกที่จะรับรู้ (selective abstraction) การคิดแบบสุดขั้ว (dichotomous thinking) เป็นสาเหตุที่ทำให้มีความรู้สึกถึงอันตรายหรือรู้สึกไม่มั่นคงมากขึ้น

โดยสรุปแล้ว ความวิตกกังวลเกิดจากการที่บุคคลมีความคิดที่ไม่เหมาะสมหรือเกินจริง มีความคิดที่บิดเบือน และมีความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลลดลง ดังนั้น การช่วยเหลือผู้ที่มีความวิตกกังวลจึงควรใช้วิธีการที่ประกอบด้วยกระบวนการปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive restructuring)

2) อภิปัญญาการรู้คิด (The Metacognitive Model)

Wells (1995) แบ่งประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเป็น 2 ประเภท ดังนี้

ประเภทที่ 1 เป็นประสบการณ์ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์นั้นเป็นครั้งแรก และกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลหรือเกิดความเชื่อทางลบที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลขึ้น รวมถึงมีความเชื่อว่าตนไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือภัยคุกคามที่อาจจะเกิดขึ้นได้

ประเภทที่ 2 เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลพยายามจัดการปัญหา เพื่อหลีกเลี่ยงความวิตกกังวล โดยพยายามที่จะควบคุมความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งมักจะไม่ประสบความสำเร็จ ส่งผลให้บุคคลสูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะควบคุมความกังวลของตน เกิดการตีความว่าอาการวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ไม่สามารถควบคุมได้

ประเภทของความวิตกกังวล

การแบ่งประเภทความวิตกกังวล แบ่งได้หลายลักษณะแตกต่างกัน ดังนี้

Spielberger (2002) แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความวิตกกังวลที่มีต่อสภาพการณ์ (state anxiety) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเพื่อสนองตอบต่อสถานการณ์เฉพาะ เป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นชั่วคราว โดยเมื่อมีสิ่งใดที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกถึงอันตรายมากกระตุ้น บุคคลจะรู้สึกถึงความเครียด หวาดหวั่น และกระวนกระวาย หากบุคคลเกิดความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์บ่อยครั้ง อาจส่งผลให้มีความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวในระดับที่สูงขึ้น

2. ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัว (trait anxiety) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคลหรือความวิตกกังวลแบบแฝง กล่าวคือ เมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจหรือเป็นอันตรายมากกระตุ้นบุคคลที่มีความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวค่อนข้างสูง บุคคลจะรับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรืออันตรายได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวต่ำ

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541 อ้างถึงใน สุภลักษณ์ ดรุณัยธร, 2554) แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. ความวิตกกังวลปกติ (normal anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่พบได้ทั่วไป เป็นแรงผลักดันให้บุคคลตื่นตัว กระตือรือร้นที่จะแก้ปัญหา โดยบุคคลจะมีความวิตกกังวลและการกระทำไม่แตกต่างจากเดิมมากนัก

2. ความวิตกกังวลเฉียบพลัน (acute anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกถูกคุกคามหรือได้รับอันตราย หรือเรียกว่าภาวะความวิตกกังวล (state anxiety)
3. ความวิตกกังวลเรื้อรัง (chronic anxiety) เป็นความรู้สึกหวาดหวั่นและขาดความมั่นคงที่แฝงอยู่ในตัวบุคคลตลอดเวลา เมื่อบุคคลเผชิญภาวะวิตกกังวลจะเป็นตัวเสริมแรงให้เกิดอารมณ์หวาดวิตกรุนแรงมากขึ้น

ระดับของความวิตกกังวล

Beare และ Myers (1994 อ้างถึงใน สุภลักษณ์ ดุรณัยธร, 2554) แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย (mild anxiety) ความวิตกกังวลระดับที่ทำให้บุคคลตื่นตัว เพิ่มความสามารถในการรับรู้ต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ รอบตัว เช่น มีการระแวดระวัง การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจดีขึ้น ทำให้เกิดการเผชิญความเครียดในทางสร้างสรรค์
2. ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (moderate anxiety) ความวิตกกังวลที่ยังคงทำให้บุคคลตื่นตัวอยู่ แต่มีการรับรู้แคบลง บุคคลจะสนใจและให้ความสำคัญไปที่เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกังวล
3. ความวิตกกังวลในระดับสูง (severe anxiety) บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับนี้จะมีการรับรู้ลดลงอย่างมาก มีสมาธิลดลง รวมถึงความสามารถในการจัดการเรื่องต่าง ๆ ลดลงด้วย อีกทั้งระบบประสาทจะถูกกระตุ้น ทำให้ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็วขึ้น และความดันโลหิตสูงขึ้นด้วย
4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (panic anxiety) บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับนี้ การรับรู้จะหยุดชะงัก บุคคลจะสูญเสียการควบคุมตนเอง ไม่สามารถคิดและตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพได้ และมีการแสดงพฤติกรรมโดยไม่ผ่านการไตร่ตรอง

อาการ การรักษา และการป้องกันความวิตกกังวล

ลักษณะอาการของความวิตกกังวล มักจะมีอาการที่แสดงออกทางกาย เช่น กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย สมาธิลดลง หงุดหงิด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ นอนหลับยากหรือหลับไม่สนิท หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของ ความคิด ความรู้สึก เช่น ความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุมีผลลดลง คิดอะไรไม่ออก มองโลกแง่ร้าย หมกมุ่นกับความวิตกกังวล การรับรู้ช้าหรือผิดพลาด และอาการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน หรือการทำกิจกรรมทางสังคม

การรักษาโรควิตกกังวล ควรเริ่มจากการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกของความวิตกกังวล อธิบายให้ทราบว่า ความวิตกกังวลสามารถรักษาให้หายได้ ซึ่งวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับอย่างมากที่สุดคือ การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy: CBT)

โดยจะมีการปรับเปลี่ยนความคิด จากการมองโลกอย่างผิดแปลกไปให้กลับมามองโลกอย่างถูกต้องขึ้น และมีการปรับพฤติกรรมด้วย เช่น การใช้ relaxation technique เพื่อลดอาการทางกาย เป็นต้น อีกทั้งวิธีการนี้ยังเป็นแนวทางการรักษาที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่สุด เนื่องจากการรักษาด้วยยามักมีผลข้างเคียงตามมา ยิ่งไปกว่านั้น อาจทำให้เกิดการติดยาหรือมีการติดยาอย่างรวดเร็วได้ (Wijeratne & Kwan, 2016) แต่อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยบางรายที่มีพยากรณ์โรควิตกกังวลที่ไม่ดีหรือมีความวิตกกังวลประเภทที่ควบคุมตัวเองไม่ได้ แพทย์อาจพิจารณาการรักษาโดยใช้ทั้ง CBT และใช้ยารักษาพร้อมด้วย ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาโรควิตกกังวล ได้แก่ ยากลุ่ม Benzodiazepine ช่วยลดอาการวิตกกังวลและอาการทางกายได้ดี ยากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) หรือกลุ่มยาต้านเศร้า มีการนำยากลุ่มนี้มาใช้รักษาผู้ที่มีอาการของโรควิตกกังวล ซึ่งสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยที่มีโรคทางร่างกาย เช่น โรคหัวใจ และใช้รักษาในกลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างปลอดภัย และ Propranolol ใช้เพื่อลดอาการทางกาย เช่น อาการใจสั่น มือสั่น เหงื่อแตก เป็นต้น (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2544)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

ความวิตกกังวลเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยความวิตกกังวลเกิดจากการตอบสนองต่อความกลัว การสูญเสียศักยภาพทางกายและปัญหาสุขภาพ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวล ได้แก่ ประสบการณ์วัยเด็ก การแยกตัวจากสังคม และการเป็นโสดหรือแยกทางกับคู่สมรส (Wijeratne & Kwan, 2016) อีกทั้งเมื่อผู้สูงอายุถึงวัยเกษียณอายุราชการและต้องออกจากงาน บางคนอาจไม่สามารถปรับตัวกับเหตุการณ์นี้ได้ รวมทั้งกลัวการต้องพึ่งพาคนในครอบครัว กลัวว่าจะไม่ได้รับความดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน และกลัวการถูกทอดทิ้ง จึงอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งจะมีการแสดงออกทั้งทางกายและทางอารมณ์ (จิตรา โรจน์ขจรนภาลย์, 2556) งานวิจัยของ Ostir และ Goodwin (2006) ได้เก็บข้อมูลระยะยาว 5 ปี จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป จำนวน 506 คน ที่อาศัยอยู่ในรัฐเท็กซัส พบว่า หนึ่งในสามของผู้สูงอายุรายงานว่ามีความวิตกกังวล และร้อยละ 15.2 รายงานว่ามีความวิตกกังวลสูง ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศกับการรายงานถึงความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

1.3 ความเครียด

ความหมายของความเครียด

ได้มีผู้ให้ความหมายของความเครียดไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

Lazarus และ Folkman (1984 อ้างถึงใน Naser, 2007) ให้ความหมายว่า ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นผลมาจากการประเมินถึงแนวโน้มว่าเหตุการณ์นั้นจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของบุคคล

Selye (1956 อ้างถึงใน Lyon, 2000) ให้ความหมายว่า ความเครียดคือ กลุ่มอาการของการปรับตัวหรือภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคามเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย เพื่อปรับตัวต่อสิ่งที่มาคุกคามนั้น ๆ

Baum (1990) ให้ความหมายว่า ความเครียดเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์พร้อมด้วยการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี สรีรวิทยา และพฤติกรรม

จากคำจำกัดความของความเครียด ที่มีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ ผู้วิจัยสรุปความหมายของความเครียดได้ว่า เป็นปฏิกริยาการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งแวดล้อมที่มากระตุ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการที่บุคคลรับรู้และประเมินสถานการณ์นั้น ว่ามีผลเสียต่อสวัสดิภาพหรือความผาสุกของตนเอง หมายความว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นความเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ของบุคคลนั้น

ประเภทของสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด

Everly และ Lating (2002) ได้แบ่งสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. สิ่งกระตุ้นทางจิตใจที่ทำให้เกิดความเครียด (psychosocial stressors) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลตอบสนองต่อเหตุการณ์ เงื่อนไข หรือสิ่งเร้าต่าง ๆ โดยมีการรับรู้ว่าเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดนี้ เป็นภัยคุกคามต่อตนเอง
2. สิ่งกระตุ้นทางด้านชีวภาพที่ทำให้เกิดความเครียด (biogenic stressors) สามารถเกิดขึ้นได้ในกรณีที่มีความเครียดเกิดขึ้น เนื่องจากร่างกายมีปฏิกริยากับสารเคมีในร่างกาย เช่น คาเฟอีน

ชนิดของความเครียด

Selye (1956 อ้างถึงใน Lazarus, 1993) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. Eustress จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความเครียดในระดับที่ไม่มากจนเกินไป ซึ่งความเครียดในระดับพอเหมาะนี้จะส่งผลในเชิงบวก คือ ช่วยกระตุ้นให้มีความกระฉับกระเฉงไม่เฉื่อยชา มีความกระตือรือร้นหรือขยันขึ้น
2. Distress จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความเครียดในระดับที่สูงมาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและด้านอารมณ์

แหล่งที่ก่อให้เกิดความเครียด

Klinic Community Health Centre ได้แบ่งแหล่งที่ก่อให้เกิดความเครียดออกเป็น 4 แหล่ง ได้แก่

1. สิ่งแวดล้อม (environment) อาจส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียดเนื่องจากความพยายามในการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งต่าง ๆ ในสภาพแวดล้อม เช่น สภาพอากาศ เสียงรบกวน มลพิษ การจราจร ความไม่ปลอดภัยของที่อยู่อาศัย และอาชญากรรม เป็นต้น
2. ตัวกระตุ้นทางสังคม (social stressors) ตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดหลาย ๆ อย่างมักเกิดขึ้นจากบทบาทหน้าที่ในสังคมที่เราเป็นอยู่ เช่น บิดามารดา คู่สมรส ผู้ดูแลคนป่วย และลูกจ้าง ตัวกระตุ้นทางสังคมที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น ปัญหาทางการเงิน การสัมภาษณ์งาน การนำเสนอผลงาน การหย่าร้าง เป็นต้น
3. สรีรวิทยา (physiological) สถานการณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายบุคคลนั้นถือเป็นตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ โดยตัวกระตุ้นทางสรีรวิทยา ประกอบด้วย การเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วของบุคคลในช่วงวัยรุ่น วัยหมดประจำเดือน ความเจ็บป่วย ความชรา การคลอดบุตร อุบัติเหตุ การขาดการออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการไม่ดี และอาการนอนไม่หลับ เป็นต้น
4. ความคิด (thoughts) คือ การที่บุคคลมีการตีความและรับรู้สถานการณ์ว่าเป็นสถานการณ์ที่เครียด ยากลำบาก เจ็บปวด หรือน่าพึงพอใจ บางสถานการณ์ในชีวิตอาจเป็นสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด แต่ความคิดของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจะเป็นปัญหาหรือไม่ใช่ปัญหา

สัญญาณและอาการที่บ่งบอกว่าเกิดความเครียด

ความเครียดมักส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมของบุคคลในหลาย ๆ ด้าน โดยส่วนใหญ่บุคคลที่ประสบกับความเครียดมักจะมีการตอบสนองต่อความเครียด โดยร่างกายของบุคคลจะ

ตอบสนองต่อการกระตุ้นของระบบประสาทและการหลั่งของฮอร์โมน เช่น adrenalin และ cortisol ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงกายภาพในร่างกาย เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงเชิงกายภาพจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดต่าง ๆ แต่ถ้าความเครียดนั้นยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้บุคคลเกิดอาการทางกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมได้

อาการที่เกี่ยวข้องกับทางปัญญา เช่น ปัญหาทางด้านความจำ ไม่ค่อยมีสมาธิ ตัดสินใจได้ไม่ดี กังวล คิดมาก และมักจะคิดเรื่องต่าง ๆ ในเชิงลบ

อาการทางด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ภาวะวุ่นวายใจ ไม่สามารถผ่อนคลายได้ รู้สึกว่าเหวหรือแปลกแยกจากคนอื่น รู้สึกซึมเศร้า ไม่มีความสุข เป็นต้น

อาการทางด้านร่างกาย เช่น ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อตึงตัว ท้องเสียหรือท้องผูก เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ปวดทรงอกหรือหัวใจเต้นเร็ว เป็นหวัดบ่อย ๆ เหงื่อออกมาก เป็นต้น

อาการทางด้านพฤติกรรม เช่น รับประทานอาหารมากหรือน้อยกว่าปกติ นอนหลับมากหรือน้อยกว่าปกติ แยกตัวออกจากบุคคลอื่น ๆ ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ หรือใช้สารเสพติด เป็นต้น

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเครียด

กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเครียดได้รับการพัฒนาและตรวจสอบมาโดยตลอด ซึ่งบุคคลที่ถือเป็นผู้บุกเบิกในการพัฒนาและทดสอบทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเครียด คือ Hans Selye ที่ได้สรุปกรอบแนวคิดของเขาลงในหนังสือที่ชื่อว่า The Stress of Life ตีพิมพ์ในปี 1956 โดยอ้างอิงจากมุมมองทางด้านสรีรวิทยาและมุมมองทางการแพทย์ Selye (1956 อ้างถึงใน Lyon, 2000) มองว่า ความเครียดเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เป็นอันตรายหรือความเครียดจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งการตอบสนองของร่างกายนั้น จะแสดงออกไปในลักษณะของกลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง (nonspecific) เขาจึงมุ่งเน้นไปที่การศึกษารูปแบบของการตอบสนองทางสรีรวิทยาที่เรียกว่า กลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป (GAS: General Adaptation Syndrome) โดยศึกษาการรักษาสมดุลร่างกาย (homeostasis) หมายถึง ความพยายามที่จะทำให้เกิดความสมดุลของสิ่งต่าง ๆ ในร่างกาย เพื่อให้ร่างกายอยู่ในสภาพปกติ โดยอาศัยการควบคุมการทำงานของกลไกต่าง ๆ ภายในร่างกาย เช่น การรักษาอุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ และการรักษาระดับของกลูโคสในร่างกาย เป็นต้น ซึ่งกลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไปสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะเตือน (alarm reaction) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งที่มีมากระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียด

1.1 ภาวะช็อก (shock phase) เป็นระยะของการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของบุคคล โดยเป็นผลมาจากการกระตุ้นของระบบประสาท sympathetic ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง เช่น กล้ามเนื้ออ่อนตัว ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว และน้ำตาลในเลือดต่ำ

1.2 ภาวะต้านช็อก (countershock phase) เป็นระยะที่เกิดขึ้นต่อจากภาวะช็อก โดยร่างกายเริ่มมีการปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล ผ่านกลไกต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบของต่อมหมวกไตที่มีการหลั่งฮอร์โมน catecholamine (epinephrine และ norepinephrine) มากขึ้น ส่งผลให้ร่างกายมีอัตราการเต้นของหัวใจแรงและเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็ว เป็นต้น ซึ่งในระยะนี้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายเริ่มประสานกันอย่างมีระบบระเบียบ เพื่อเตรียมพร้อมเข้าสู่ระยะถัดไป

2. ภาวะต่อต้าน (stage of resistance) หรือระยะปรับตัว (adaptation stage) เป็นระยะที่ร่างกายมีการปรับตัวต่อสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียด ส่งผลให้อาการต่าง ๆ ดีขึ้นหรือหายไป แต่ถ้าร่างกายยังได้รับการกระตุ้นจากสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดอยู่ จะทำให้ร่างกายสูญเสียการปรับตัวและเข้าสู่ระยะที่ 3

3. ภาวะหมดกำลัง (stage of exhaustion) เป็นระยะที่ร่างกายไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ เนื่องจากมีความเครียดสูงและมากเกินไป ไม่สามารถจะขจัดออกไปได้ ส่งผลให้ร่างกายหมดกำลัง หากบุคคลไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือประคับประคองอย่างเพียงพอ กลไกการปรับตัวของร่างกายจะล้มเหลว ส่งผลให้เกิดโรคต่าง ๆ และเสียชีวิตในที่สุด

ในช่วงทศวรรษ 1960 นักจิตวิทยาได้ให้ความสนใจโดยการนำแนวคิดเรื่องความเครียดไปใช้กับประสบการณ์ทางจิตวิทยา Holmes และ Rahe (1967 อ้างถึงใน Lyon, 2000) ได้เสนอทฤษฎี stimulus-based theory ซึ่งเชื่อว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นทางบวกหรือทางลบ ถือเป็นภาวะเครียดที่บุคคลต้องปรับตัว Holmes และ Rahe จึงพัฒนาเครื่องมือ Social Readjustment Rating Scale (SRRS) ขึ้น เพื่อวัดค่าความเครียดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งเป็นค่าความเครียดในชีวิตจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลเผชิญ โดยวัดเป็นค่าปริมาณการปรับตัวที่ใช้ในเหตุการณ์นั้น เช่น การแต่งงาน การหย่าร้าง การถูกไล่ออกจากงาน การเกษียณอายุ สูญเสียคนรัก ตั้งครรภ์ เป็นต้น บุคคลที่มีค่าความพยายามในการปรับตัวสูงกว่าระดับเกณฑ์ปกติ ถือเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการพัฒนาความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

งานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman เป็นแนวทางในการศึกษา เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่ได้รับความนิยม สามารถอธิบายการเกิดความเครียดในบุคคลได้อย่างครอบคลุม รวมถึงมีงานวิจัยรองรับเป็นจำนวนมาก โดย สุภาพรพรณ โคตรจรัส

(2539 อ้างถึงใน โหมไทย ไชยพันธุ์, 2556) ได้สรุปทฤษฎีกระบวนการของความเครียด ตามแนวคิดและทฤษฎีของ Lazarus และ Folkman โดยประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การเกิดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (occurrence of a potential stressful event)

ความเครียดเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม รวมถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยอาจเป็นเหตุการณ์ที่เป็นภัยพิบัติทางธรรมชาติที่เราไม่สามารถคาดการณ์ได้ เช่น แผ่นดินไหว น้ำท่วม หรือการเกิดไฟป่า หรือเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่ในชีวิตที่มีผลกระทบต่อตัวบุคคลโดยตรง เช่น การสูญเสียญาติพี่น้อง การล้มละลาย การตกงาน เป็นต้น หรือเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น อาการป่วยเรื้อรัง ความวิตกกังวล ภาระงาน เป็นต้น ซึ่งบุคคลจะเป็นผู้ประเมินด้วยตนเองว่าเหตุการณ์เหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อระดับความเครียดมากน้อยเพียงใด

2. การประเมินขั้นต้น (primary appraisal)

ในขั้นนี้บุคคลจะประเมินเหตุการณ์ที่ประสพว่ามีผลกระทบต่อตนเองหรือไม่ โดยบุคคลจะประเมินเหตุการณ์ใน 3 ลักษณะ ดังต่อไปนี้

2.1 ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (irrelevant) คือ การที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์ที่เจอนั้นไม่มีความเกี่ยวข้องกับบุคคล บุคคลไม่มีส่วนได้หรือส่วนเสียกับสถานการณ์นั้น

2.2 มีผลดีกับตน (being-positive) คือ การที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลทางบวก และไม่มีผลกระทบทางลบต่อสุขภาพของตนเอง

2.3 เต็มไปด้วยความเครียด (stressful) คือ เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ แล้วประเมินว่าสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดความผลกระทบทางลบหรือเป็นอันตรายต่อตนเอง ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 อย่าง คือ เหตุการณ์ที่เป็นอันตรายและสูญเสีย (harm-loss) ผลของเหตุการณ์ทำให้เป็นอันตรายและเกิดความสูญเสียได้ โดยอาจมีการบาดเจ็บ ซึ่งความรุนแรงของอาการบาดเจ็บทำให้เกิดความเครียดที่ค่อนข้างสูง และความสูญเสียบางอย่างไม่สามารถนำกลับคืนมาได้ เหตุการณ์ที่เป็นภัยคุกคาม (threat) เป็นการคาดคะเนว่าเหตุการณ์ในอนาคตจะทำให้เกิดอันตรายและการสูญเสียได้ และเหตุการณ์ที่ท้าทาย (challenge) เป็นการประเมินเหตุการณ์ในทางบวก โดยคาดคะเนว่าน่าจะได้รับประโยชน์หรือเกิดผลดีกับตนเอง โดยบุคคลรู้สึกมั่นใจในการเอาชนะได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lazarus, 1993)

3. การประเมินขั้นที่สอง (secondary appraisal)

ในขั้นนี้บุคคลจะพิจารณาในการตัดสินใจว่าจะจัดการกับปัญหานี้อย่างไร โดยการประเมินความสามารถหรือศักยภาพของตน เพื่อหาวิธีในการที่จะรับมือกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมที่สุด พร้อมทั้งประเมินถึงประโยชน์และผลลัพธ์จากการใช้กลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหา (Mitchell, 2004)

4. การเผชิญปัญหา (coping efforts)

วิธีการที่บุคคลใช้เวลาเผชิญกับปัญหามี 2 วิธี คือ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่ปัญหา (problem-focused coping) เป็นการพยายามจัดการกับปัญหาไปที่สาเหตุโดยตรง โดยพยายามที่จะทำความเข้าใจถึงปัญหา สาเหตุ และคิดหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหานั้น และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการอารมณ์ (emotion-focused coping) โดยเน้นไปที่การจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึก เพื่อลดความเครียดและความทุกข์ทางอารมณ์ เช่น การทำสมาธิ การฟังทางธรรม เป็นต้น

5. ผลลัพธ์ของการปรับตัว (adaptational outcomes)

Lazarus และ Folkman (1984 อ้างถึงใน Nauser, 2007) จำแนกผลการปรับตัวต่อความเครียดไว้ 3 ด้าน ได้แก่ ผลทางด้านสังคม (social functioning) หมายถึง วิธีการที่บุคคลจะบรรเทาทุกข์ที่หลากหลาย ความพึงพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และทักษะที่สำคัญต่อการรักษาบทบาทและความสัมพันธ์ให้คงอยู่ ผลทางด้านจิตใจ (morale) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับตนเองและเงื่อนไขต่าง ๆ ในชีวิต และผลทางด้านสุขภาพร่างกาย (somatic illness) หมายถึง ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกายของบุคคล สภาพแวดล้อม และปัจจัยทางสถานการณ์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในผู้สูงอายุ

มีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดในผู้สูงอายุ การที่บุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้นมักจะมี ความเครียดในชีวิตมากขึ้นด้วย เนื่องจากความสูญเสียต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ด้านการเงิน สุขภาพที่เสื่อมถอยลง ความสามารถทางปัญญาและการทำงาน รวมถึงการสูญเสียบุคคลที่สำคัญในชีวิต ในงานวิจัยของ Babazadeh และคณะ (2016) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมือง Khoy County ประเทศอิหร่าน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุจำนวน 383 คน พบว่า มีผู้สูงอายุที่ประสบกับความเครียดขั้นรุนแรง ร้อยละ 1.3 ประสบกับภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง ร้อยละ 1.3 และประสบกับความวิตกกังวลขั้นรุนแรง ร้อยละ 3.1 ซึ่งปัญหาทางด้านจิตใจเหล่านี้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับโรคที่บุคคลเป็นอยู่ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส และสภาพที่อยู่อาศัย ($p < .05$)

นอกจากนี้ จากงานวิจัยของ ชนิษฐา ตลอดจนภพ, วรรณภา ประทุมโทน, อังคณา เรือนก้อน และเรจินภรณ์ ไม้พวง ในปี 2558 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านคลอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 300 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุ อันดับที่ 1 คือ ปัจจัยเรื่องส่วนตัว เช่น การแก่ลงอย่างเห็นได้ชัดและการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย อันดับที่ 2 คือ ปัจจัยเรื่องการเงิน เช่น การมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นและเงินไม่พอใช้จ่าย อันดับที่ 3 คือ ปัจจัยเรื่องครอบครัว เช่น คู่สมรสเสียชีวิตและครอบครัวมีความลำบาก อันดับที่ 4 คือ ปัจจัยเรื่องสังคม เช่น การเป็นผู้นำกลุ่มและการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียมในสังคม และอันดับสุดท้ายคือ ปัจจัยเรื่องสิ่งแวดล้อม เช่น ภัยพิบัติต่าง เพือนบ้านเสียงดัง หรือไม่เป็นมิตร เป็นต้น จึงอาจกล่าวได้ว่ามนุษย์ทุกคนมีประสบการณ์เกี่ยวกับความยากลำบากในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดที่แตกต่างกันและมักจะประสบพบเจอเหตุการณ์เหล่านี้ตลอดชีวิต เหตุการณ์ความเครียดเหล่านี้จึงมักมีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคล

2. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว่

ความหมายของความว่าเหว่

มีผู้ให้ความหมายของความว่าเหว่ไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

Rook (1984 อ้างถึงใน Solomon, 2000) กล่าวว่า ความว่าเหว่เป็นประสบการณ์ความทุกข์ทางอารมณ์ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกแปลกแยก ไม่มีคนเข้าใจ ขาดเพื่อนในการทำกิจกรรมที่ทำให้ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและเกิดความใกล้ชิดสนิทสนมทางอารมณ์

ธนัญพร พรหมจันทร์ (2556) อธิบายไว้ว่า ความว่าเหว่เป็นอารมณ์ความรู้สึกของบุคคลที่ไม่พึงพอใจต่อความสัมพันธ์ทางสังคม ก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ ไร้ค่า อ้างว้าง โดดเดี่ยว

Weiss (1973) ให้ความหมายว่า เป็นความทุกข์ทางอารมณ์ เป็นความรู้สึกเหงาที่เกิดจากการขาดความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดหรือการขาดกิจกรรมทางสังคม และแบ่งประเภทของความว่าเหว่เป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความว่าเหว่ทางอารมณ์ (emotional loneliness) คือ ความว่าเหว่ที่เกิดจากการขาดความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด และความว่าเหว่ทางสังคม (social loneliness) คือ ความว่าเหว่ที่เกิดจากการขาดเครือข่ายทางสังคมหรือการขาดกิจกรรมทางสังคม

Peplau และ Perlman (1984) กล่าวว่า ความว่าเหว่เป็นประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความบกพร่องด้านเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมไม่ว่าจะเป็นด้านปริมาณหรือคุณภาพ

นอกจากนี้ Peplau และ Perlman กล่าวถึงความว่าเหวไว้ 3 มุมมอง ได้แก่

1. ความว่าเหวเกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดการมีความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นการได้รับความสัมพันธ์ไม่เพียงพอหรือไม่เป็นไปตามที่ต้องการ
2. ความว่าเหวเกิดขึ้นได้แม้บุคคลจะอยู่ท่ามกลางผู้คน
3. ประสบการณ์ความว่าเหวอาจกระตุ้นให้เกิดความงอกงามส่วนบุคคล (personal growth) แม้ว่าบุคคลต้องเผชิญกับความไม่พึงพอใจและความทุกข์ (distressing)

Sullivan (1955 อ้างถึงใน Sønderby, 2013) กล่าวว่า ความว่าเหวเป็นประสบการณ์ความทุกข์ที่เกิดจากความต้องการความรัก ความผูกพันจากบุคคลอื่น แต่ความต้องการนั้นไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ

Young (1978 อ้างถึงใน Peplau & Perlman, 1982) ให้ความหมายว่า ความว่าเหวเป็นการตอบสนองเมื่อบุคคลไม่ได้รับการเสริมแรงทางสังคม (social reinforcement)

Fess, Martin และ Poon (1999) กล่าวว่า ความว่าเหวเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการเปรียบเทียบความคิด ความรู้สึกต่อประสบการณ์ เมื่อบุคคลไม่ได้รับความสัมพันธ์ตามที่ต้องการ มีการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ที่เคยได้รับและที่คาดว่าจะได้รับในอนาคต และรู้สึกว่าความสัมพันธ์ถูกควบคุมโดยผู้อื่น

จากคำจำกัดความของความว่าเหว ที่มีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ ความหมายของความว่าเหวโดยทั่วไป หมายถึง ความรู้สึกเหงาที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความบกพร่องด้านเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคม

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว

มีแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวหลายแนวคิด ดังนี้

1. แนวคิดทางด้านการรู้คิด (cognitive)

Peplau และ Perlman (1984) อธิบายว่า ความว่าเหวมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้และการประเมินความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล โดยความว่าเหวเกิดจากการที่บุคคลรู้สึกไม่พึงพอใจในความสัมพันธ์ทางสังคมของตน กระบวนการทางปัญญา (cognitive process) จึงมีอิทธิพลต่อประสบการณ์ความว่าเหวของบุคคล

2. แนวคิดทางอัตถิภาวนิยม (existential)

Moustakas (1961 อ้างถึงใน Sønderby, 2013) อธิบายว่า ความว่าเหวเป็นสิ่งที่มืออยู่ภายในบุคคลและเป็นความจริงของชีวิตมนุษย์ที่มีทั้งความเจ็บปวดและความอ้างว้าง ความว่าเหวตามแนวคิด

อัตถิภาวนิยม คือ การที่บุคคลมีความตระหนักรู้ต่อตนเองว่ามีความแปลกแยกและโดดเดี่ยว ขณะเดียวกัน ในความว่าเหว้อาจมีความวิตกกังวลว่าจะถูกแยกจากบุคคลที่รู้จักสนิทสนมด้วย

3. แนวคิดด้านปฏิสัมพันธ์นิยม (interactionist)

Weiss (1973) อธิบายว่า ความว่าเหวไม่ได้เกิดจากการที่บุคคลอยู่เพียงลำพัง แต่เป็นการไม่ได้รับความสัมพันธ์ที่ต้องการ เป็นการตอบสนองเมื่อขาดความใกล้ชิด ความผูกพันอย่างแท้จริง รวมถึงขาดสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย

4. แนวคิดทางจิตวิเคราะห์ (psychodynamic)

Sullivan (1955 อ้างถึงใน Sønderby, 2013) อธิบายว่า ความว่าเหวมีพื้นฐานมาจากความผูกพัน (attachment) ของเด็กและแม่ โดยเด็กจะเกิดความรู้สึกว่าเหว รู้สึกไม่พึงพอใจ เมื่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูออกห่างหรือไม่สนใจ แนวคิดนี้แสดงให้เห็นว่าบุคคลมีความต้องการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อความอยู่รอด

ประเภทของความว่าเหว

Weiss (1973) แบ่งประเภทของความว่าเหวเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ความว่าเหวทางอารมณ์ (emotional loneliness) คือ ความว่าเหวที่เกิดจากการขาดความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด
2. ความว่าเหวทางสังคม (social loneliness) คือ ความว่าเหวที่เกิดจากการขาดเครือข่ายทางสังคมหรือการขาดกิจกรรมทางสังคม

งานวิจัยของ Beck และ Young (1978 อ้างถึงใน ณัฐรดา อยู่ศิริ, สุพิชฌาย์ นันทพานนท์ และ หทัยพร พิระชัยรัตน์, 2557) ได้แบ่งความแตกต่างของความว่าเหวออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. ความว่าเหวแบบเรื้อรัง (chronic loneliness) หมายถึง ความว่าเหวที่เกิดจากความล้มเหลวในการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่น่าพึงพอใจเป็นระยะเวลาหลายปี มักเกี่ยวข้องกับการรับรู้ว่าคุณทอดทิ้ง
2. ความว่าเหวจากสถานการณ์ (situational loneliness) เป็นความเหงาที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดทางลบ ทำให้ความสัมพันธ์ทางสังคมเกิดการหยุดชะงัก เช่น การตายของบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น บางครั้งความเหงาประเภทนี้อาจมีความรุนแรงและทำให้เกิดความเครียดได้มากกว่าอีกสองประเภท
3. ความว่าเหวแบบชั่วคราว (transient loneliness) เป็นความรู้สึกอ้างว้างที่เกิดขึ้นชั่วขณะเป็นครั้งคราว เช่น หลังจากประสบความสำเร็จ บุคคลอาจพบความสุขและความโล่งอก แต่ยังคงรู้สึกว่างเปล่า

หรือความรู้สึกหลังจากจบงานเลี้ยงเมื่อต้องแยกจากกลุ่มเพื่อน ทั้งนี้ความเหงาแบบชั่วคราวสามารถจางหายได้อย่างรวดเร็ว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวและปัญหาทางด้านจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยที่ศึกษาความว่าเหวในผู้สูงอายุ ได้แก่ งานวิจัยของ De jong-Gierveld (1987) พบว่า การอยู่เพียงลำพังคนเดียวเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความว่าเหวในผู้สูงอายุที่ไม่มีการติดต่อกับสังคมภายนอกหรือเกษียณอายุงานแล้วอาศัยอยู่แคในบ้าน อีกทั้งงานวิจัยของ Wenger และ Burholt (2004) ที่ทำการศึกษาแบบระยะยาว (longitudinal design) กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 47 คน ที่มีอายุ 85-102 ปี บุคคลจะมีการรับรู้ความว่าเหวเพิ่มขึ้นตามอายุ และงานวิจัยของ Treacy และคณะ (2004) พบว่า มีความแตกต่างของระดับความว่าเหว ระหว่างกลุ่มอายุ 65-74 ปี เมื่อเทียบกับ กลุ่มอายุ 75-84 ปี และกลุ่ม 85 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ความว่าเหวเพิ่มขึ้นตามอายุ

งานวิจัยที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความว่าเหวและปัญหาทางด้านจิตใจ ทั้งภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ในกลุ่มผู้สูงอายุ มีดังนี้

Hawkey และ Cacioppo (2010) ศึกษาทฤษฎีและผลของความว่าเหว พบว่า ร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี รายงานว่า มีความว่าเหวเกิดขึ้น โดยความว่าเหวส่งผลกระทบต่อทั้งความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และสุขภาพ กล่าวคือ ความว่าเหวมีผลกระทบต่อความคิดคือ บุคคลที่มีความว่าเหวจะมีมุมมองต่อการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมทางลบ มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในรูปแบบที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง อีกทั้งรู้สึกว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่นอกเหนือการควบคุมของตนเอง และความว่าเหวมีผลกระทบต่อปัญหาทางด้านจิตใจคือ มีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดเพิ่มขึ้น

Bekhet และ Zauszniewski (2012) ศึกษาความว่าเหวในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 314 คน เพศหญิง 250 คน และเพศชาย 64 คน จากสังคมผู้สูงอายุ 29 แห่ง ที่อาศัยอยู่ทางตะวันออกเฉียงเหนือของรัฐโอไฮโอ พบว่า มีผู้สูงอายุร้อยละ 28.7 รายงานว่า มีอารมณ์ทางลบคือ ความว่าเหว นอกจากนี้ ยังมี การรายงานถึง ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดด้วย โดยพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่าง ความว่าเหวและภาวะซึมเศร้า ($r = .45, p < .01$) และพบความสัมพันธ์ระหว่างความว่าเหวและความวิตกกังวล ($B = .36, p < .001$) ซึ่งให้เห็นว่า ความว่าเหวมีความสัมพันธ์กับสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ

Holvast, Burger, Waal, Marwijk, Comijs และ Verhaak (2015) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความว่าเหวและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นชาวเนเธอร์แลนด์ อายุ 60-90 ปี ที่ได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า พบว่า ความว่าเหวสามารถทำนายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

Santini, Fiori, Feeney, Tyrovolas, Haro และ Koyanagi (2016) ศึกษาความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) ความว่าเหว และสุขภาพจิต (mental health) ของผู้สูงอายุ ในประเทศไอร์แลนด์ โดยเป็นงานวิจัยแบบระยะยาว (longitudinal study) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 63.3 ปี พบว่า การมี สัมพันธภาพที่ไม่ดีและการแยกตัวจากสังคม เพิ่มความเสี่ยงที่จะมีความว่าเหว และเมื่อเกิดความว่าเหว จะมีความเสี่ยงของอาการซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

Aylaz, Aktürk, Erci, Öztürk และ Aslan (2012) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวและภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง 913 คน อายุระหว่าง 60-98 ปี มีอายุเฉลี่ย 69 ปี พบว่า ความสูงวัยเป็น ตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งสภาพอารมณ์และจิตใจ และยังพบว่า ความว่าเหวเป็นปัจจัยสำคัญที่ ส่งผลต่ออาการซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่มักพบในผู้สูงอายุ ($r = .608, p < .001$) โดยความ ว่าเหวและภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมซึ่งกันและกัน

Theeke, Mallow, Moore, McBurney, Rellick และ VanGilder (2016) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ 27 คน อายุระหว่าง 65-89 ปี ซึ่งมีการรายงานเกี่ยวกับความว่าเหว รวมถึงมีอาการป่วยเรื้อรังใน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การไม่รักษาความว่าเหวอาจนำไปสู่การมีอาการของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้ใน ระยะเวลาช่วงสั้น ๆ มีงานวิจัยรายงานว่า ความว่าเหวและซึมเศร้ามีโครงสร้างที่แตกต่างกัน แต่ความ ว่าเหวเป็นตัวทำนายอาการซึมเศร้าได้

Peerenboom, Collard, Naarding และ Comijs (2015) ทำงานวิจัยแบบตัดขวาง (cross-sectional study) ศึกษาจากข้อมูลประชากรผู้สูงอายุชาวเนเธอร์แลนด์ (Netherlands Study of Depression in Older Persons: NESDO) ที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยมีผู้เข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 341 คน ที่ เป็นโรคซึมเศร้า และอีก 125 คน ที่ไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้า พบว่า อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ อย่างมากกับความว่าเหวทางอารมณ์ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความซึมเศร้ากับความว่าเหว ทางสังคม

Khademi, Rashedi, Sajadi และ Gheshlaghi (2015) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตก กังวลและความว่าเหวในผู้สูงอายุชาวอิหร่าน จำนวน 200 คน อายุ 60-93 ปี จากการวิจัยพบว่า การขาด ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นนำไปสู่ความรู้สึกว่าเหวและมีความวิตกกังวลว่าจะถูกแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด

Ribeiro, Teixeira, Araújo และ Pachana (2014) ศึกษาตัวแปรทำนายความวิตกกังวลในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 100 ปี โดยตัวอย่างมีอายุระหว่าง 100-108 ปี จำนวน 97 คน พบว่า ความรู้สึกว้าเหวอาจทำให้ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 100 ปี เกิดความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ

Christiansen, Larsens และ Lasgaard (2016) ทำการวิจัยโดยนำข้อมูลมาจาก Danish Public Health Survey “How are you?” ปี 2013 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 8,593 คน อายุระหว่าง 65-102 ปี โดยมีตัวแปรต้น คือ ความว้าเหว ใช้มาตรวัด UCLA Loneliness Scale มีตัวแปรส่งผ่าน ได้แก่ การรับรู้ความเครียด โดยใช้มาตร Perceived Stress Scale (10-PSS) พฤติกรรมสุขภาพ และการนอน ตัวแปรตาม คือ โรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และอาการปวดไมเกรน พบว่า การรับรู้ความเครียดสูงมีความสัมพันธ์กับความว้าเหวและพฤติกรรมสุขภาพ

3. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำกับอารมณ์

ความหมายของการกำกับอารมณ์

การกำกับอารมณ์นั้นมิใช่ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

Gross (1998 อ้างถึงใน Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการที่บุคคลพยายามกำหนดอารมณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลเกิดอารมณ์ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งการแสดงอารมณ์นั้นออกมา

Calkins (1994 อ้างถึงใน Wang & Saudino, 2011) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกระบวนการกำกับสิ่งที่มากระตุ้นอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างยืดหยุ่นตามสภาพแวดล้อม

Thompson (1991 อ้างถึงใน Garnefski & Kraaij, 2006) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกระบวนการทางปัญญาในการจัดการกับข้อมูลที่เข้ามากระตุ้นอารมณ์

จากคำจำกัดความของการกำกับอารมณ์ ที่มีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ ความหมายของการกำกับอารมณ์โดยทั่วไป หมายถึง กระบวนการที่บุคคลพยายามกำหนดและแสดงออกทางอารมณ์เมื่อมีสิ่งต่าง ๆ มากระตุ้น

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการกำกับอารมณ์

ตามกรอบความคิดการเกิดขึ้นของอารมณ์ (emotion generation) อธิบายว่า เมื่อบุคคลให้ความสนใจและทำการประเมินตัวชี้แนะทางอารมณ์ ตัวชี้แนะทางอารมณ์นั้นจะกระตุ้นการตอบสนองที่เกี่ยวข้องกับ

ประสบการณ์ พฤติกรรม รวมถึงระบบต่าง ๆ ในร่างกายไปพร้อมกัน และเมื่อเกิดการตอบสนองขึ้น บุคคลอาจปรับเปลี่ยนการแสดงออกได้ในหลากหลายรูปแบบ (John & Gross, 2004)

โมเดลกระบวนการการกำกับอารมณ์ สามารถอธิบายได้ด้วยกระบวนการเกิดอารมณ์ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเลือกสถานการณ์ (selection of the situation) คือ การเลือกสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่ทำให้เกิดอารมณ์ที่บุคคลต้องเผชิญ
2. การปรับเปลี่ยนสถานการณ์ (modification of the situation) คือ การปรับเปลี่ยนสถานการณ์นั้นให้เป็นไปในลักษณะที่มีอิทธิพลต่อสภาวะอารมณ์ของบุคคล
3. deployment of attention คือ การให้ความสนใจต่อมุมมองของสถานการณ์นั้น หรือการคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น
4. การเปลี่ยนความคิด (change of cognitions) คือ การประเมินความคิดหรือการตีความสถานการณ์นั้นใหม่ เพื่อเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์
5. การปรับเปลี่ยนการตอบสนอง (response modulation) คือ การเปลี่ยนแปลงความรู้สึก พฤติกรรม และการตอบสนองทางร่างกาย

ประเภทของการกำกับอารมณ์

John และ Gross (2004) ได้แบ่งวิธีการกำกับอารมณ์อย่างกว้างๆ ออกเป็น 2 แบบ ได้แก่

1. การกำกับอารมณ์โดยมุ่งสนใจที่สาเหตุ (antecedent-focused strategies) คือ สิ่งที่บุคคลกระทำก่อนจะเกิดการตอบสนองทางอารมณ์ สามารถกระตุ้น เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการตอบสนองทางกายภาพได้

2. การกำกับอารมณ์โดยมุ่งสนใจที่การตอบสนอง (response-focused strategies) คือ สิ่งที่บุคคลกระทำในขณะที่มีภาวะอารมณ์เกิดขึ้น แนวโน้มที่จะตอบสนองจะถูกกระตุ้นจากอารมณ์ที่เกิดขึ้น ณ ตอนนั้น

นอกจากนี้ ยังได้มีการแบ่งวิธีการกำกับอารมณ์ที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 2 แบบ ได้แก่

1. การประเมินความคิดใหม่ (cognitive reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางความคิดเกี่ยวกับการตีความสถานการณ์ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์มาเกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นรูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบท่ออารมณ์ที่เกิดในสถานการณ์นั้น (Lazarus & Alfert, 1962)

2. การยับยั้งการตอบสนอง (expressive suppression) เป็นรูปแบบการปรับการตอบสนองต่อสถานการณ์ โดยการยับยั้งการแสดงออกทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง (Gross & Levenson, 1993)

และจากงานวิจัยของ Garnefski, Kraaij และ Spinhoven (2001) ได้จำแนกรูปแบบของการกำกับอารมณ์ทางปัญญา (cognitive emotion regulation) เป็น 9 แบบ ได้แก่

1. การตำหนิตนเอง (self-blame) คือ การตำหนิตนเองต่อการมีประสบการณ์ต่าง ๆ มีงานวิจัยจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า การตำหนิตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Anderson, Miller, Riger, Dill & Sedikides, 1994)

2. การโทษผู้อื่น (blaming others) คือ การตำหนิผู้อื่นเกี่ยวกับประสบการณ์ต่าง ๆ ของตนเอง โดยงานวิจัยของ Tennen และ Affleck (1990) พบว่า การตำหนิผู้อื่นสัมพันธ์กับสุขภาวะทางอารมณ์ที่แย่

3. การยอมรับ (acceptance) คือ การยอมรับต่อประสบการณ์ต่าง ๆ ของตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยการศึกษาของ Carver และคณะ (1989) พบว่า การจัดการกับปัญหาโดยใช้การยอมรับมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล

4. Refocus on planning คือ การคิดเกี่ยวกับขั้นตอนและการรับมือกับเหตุการณ์ทางลบ Carver และคณะ (1989) พบว่า การจัดการกับปัญหาโดยใช้การวางแผนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล

5. Positive refocus คือ การคิดเกี่ยวกับประเด็นที่ทำให้มีความสุขและรู้สึกพึงพอใจแทนที่จะคิดถึงสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นจริง

6. การหมกมุ่นครุ่นคิด (rumination) คือ การคิดเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์ทางลบ โดยการศึกษาของ Nolen-Hoeksema, Parker และ Larson (1994) พบว่า รูปแบบการจัดการกับปัญหาโดยการหมกมุ่นครุ่นคิดมีแนวโน้มสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับสูง

7. Positive reappraisal คือ การเพิ่มความหมายทางบวกเข้าไปในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความงอกงามส่วนบุคคล (personal growth) ซึ่งการศึกษาของ Carver และคณะ (1989) พบว่า การกำกับอารมณ์โดยวิธีนี้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล

8. Putting into perspective คือ การลดความรุนแรงของเหตุการณ์หรือให้ความสำคัญมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับเหตุการณ์อื่น ๆ

9. Catastrophizing คือ การเน้นถึงความน่ากลัวของประสบการณ์อย่างเด่นชัด โดยการศึกษาของ Sullivan, Bishop และ Pivik (1995) พบว่า catastrophizing style มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ปัญหาทางอารมณ์ และภาวะซึมเศร้า

โดยงานวิจัยในครั้งนี้นี้ ผู้วิจัยเลือกใช้การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ (cognitive reappraisal) และการกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง (expressive suppression) ใน การศึกษาความสัมพันธ์กับปัญหาทางด้านจิตใจ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำกับอารมณ์และปัญหาทางด้านจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการกำกับอารมณ์และปัญหา ทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุ โดยพบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการกำกับอารมณ์ที่ดีกว่าคนวัยหนุ่มสาว (Gross et al., 1997 อ้างถึงใน Urry & Gross, 2010) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมองมีความรู้สึกทางลบลดลง มากกว่า เมื่อถูกขอให้เบนความสนใจจากการดูหนังที่ทำให้อารมณ์ไม่ดีไปที่ความทรงจำที่ทำให้มีอารมณ์ดี (Phillips, Henry, Hosie & Milne, 2008 อ้างถึงใน Urry & Gross, 2010) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมี ความสามารถในการเปลี่ยนความสนใจและกำกับอารมณ์ได้ดีกว่าเมื่อเทียบกับคนวัยหนุ่มสาว

รวมถึงการศึกษาของ Garnefski, Baan และ Kraaij (2005) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหา ทางด้านจิตใจและการกำกับอารมณ์ ในกลุ่มตัวอย่างชานาผู้ประสบโรคมือเท้าปาก อายุระหว่าง 18-65 ปี พบว่า การคิดถึงเรื่องที่ทำให้มีความสุขแทนที่จะคิดถึงเรื่องที่เกิดขึ้นอยู่ในขณะนั้น (positive refocusing) มี ความสัมพันธ์กับการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีในระดับสูง

นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยของ Brummer, Stopa และ Bucks (2014) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับ รูปแบบการกำกับอารมณ์ของกลุ่มอายุต่าง ๆ รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการกำกับอารมณ์ที่ใช้ กับปัญหาทางด้านจิตใจ โดยใช้แบบวัดรายงานตนเอง (self-report questionnaires) ในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ใหญ่ตอนต้น จำนวน 317 คน ผู้ใหญ่ตอนกลาง จำนวน 175 คน และผู้สูงอายุ จำนวน 85 คน พบว่า ผู้สูงอายุมองมีการใช้การกำกับอารมณ์โดยการยับยั้งการตอบสนองได้ดีกว่า และไม่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่ม ระดับความเสี่ยงของปัญหาทางด้านจิตใจ และยังรายงานว่ามีระดับความเครียดและความวิตกกังวลน้อย กว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง

4. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมนั้นมีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

Cobb (1976) ให้ความหมายว่า เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลหนึ่งเกิดความมั่นใจว่าเขาหรือเธอนั้น

ได้รับความรักและความเคารพ ทำให้บุคคลส่วนใหญ่มักใช้การสนับสนุนทางสังคมเป็นวิธีการหนึ่งในการรับมือกับสถานการณ์เชิงลบ

House (1981 อ้างถึงใน Fry & Roddy, 1988) ให้ความหมายว่า เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วยการให้การสนับสนุน 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เกี่ยวข้องกับการแบ่งปันประสบการณ์ชีวิตต่าง ๆ รวมถึงการให้ความเอาใจใส่ ความรัก ความไว้วางใจ และการดูแล การให้การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือการกระทำหรือบริการเพื่อช่วยเหลือ (instrumental support) ซึ่งเป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือ การสนับสนุนด้านข้อมูล (informational support) ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น และข้อมูลต่าง ๆ ที่บุคคลสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหา และการสนับสนุนให้ประเมินตนเอง (appraisal support)

Shumaker และ Brownell (1984) ให้ความหมายว่า เป็นการแลกเปลี่ยนทรัพยากร (resources) ระหว่างบุคคล 2 คน โดยคนหนึ่งเป็นผู้ให้และอีกคนหนึ่งเป็นผู้รับ เพื่อเพิ่มสุขภาวะที่ดีของผู้รับ

McIntosh (1991 อ้างถึงใน Pienaar, Sieberhagen & Mostert, 2007) ให้ความหมายว่า เป็นทรัพยากรที่บุคคลได้รับ ซึ่งอาจจะได้รับมาจริงหรือเป็นการรับรู้ของบุคคลที่ช่วยเพิ่มสุขภาวะที่ดีของผู้รับ

Thoits (1985) ให้ความหมายว่า เป็นความช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความสำคัญ (significant person) เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์หรือด้านสิ่งของของแต่ละบุคคล

Albrecht และ Adelman (1987 อ้างถึงใน Ogawa, 2007) ให้ความหมายว่า เป็นการสื่อสารทั้งในรูปแบบที่ใช้ถ้อยคำและไม่ใช้ถ้อยคำระหว่างผู้รับและผู้ให้ เพื่อลดความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานการณ์ของตนเอง ผู้อื่น หรือความสัมพันธ์ และยังเป็นกระบวนการที่ช่วยเพิ่มการรับรู้ในการควบคุมตนเองต่อประสบการณ์ชีวิต

จากคำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคม ที่มีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไป หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่ทำให้บุคคลได้รับความรักความเอาใจใส่ ความเคารพยกย่อง การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ตลอดจนให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางบวก

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

จากงานวิจัยของ House (1981 อ้างถึงใน Wei & Wang, 2009) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้ความรัก ความห่วงใย ความ

เข้าใจอย่างร่วมรู้สึก และความไว้วางใจ

2. การให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อตอบสนองของความต้องการของบุคคล เช่น การให้แรงงาน เงิน เวลา รวมไปถึงบริการต่าง ๆ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูล (informational support) เป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำ และแนวทางที่สามารถช่วยจัดการปัญหาภายในและภายนอกได้

4. การสนับสนุนให้ประเมินตนเอง (appraisal support) เป็นการให้ข่าวสารหรือข้อมูลป้อนกลับ เพื่อให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการประเมินตนเองและเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม

จากงานวิจัยของ Cobb (1976) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับการดูแลเอาใจใส่และความรัก

2. การสนับสนุนด้านการเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองมีคุณค่าและได้รับการยอมรับนับถือ

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support) เป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายในสังคมและมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

จากงานวิจัยของ Jacobson (1986) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้บุคคลที่ได้รับรู้สึกสบายใจ และทำให้เกิดความเชื่อว่าตนเองได้รับการยกย่อง เป็นที่เคารพนับถือ ได้รับการความรัก การดูแลเอาใจใส่ และความมั่นคงปลอดภัย

2. การสนับสนุนทางด้านปัญญา (cognitive support) เป็นการให้ข้อมูล ความรู้ และคำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลเกิดความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ และสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

3. การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (materials support) เป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านสิ่งของและบริการต่าง ๆ เพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหาในทางปฏิบัติได้

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

จากงานวิจัยของ Cohen และ Wills (1985) และอภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ (2553) ได้สรุปไว้ว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อปัญหาทางด้านจิตใจและด้านสุขภาพ แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรง (direct effect) เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรง

ต่อสุขภาพโดยไม่จำเป็นต้องมีความเครียดมาเกี่ยวข้อง ซึ่งถือเป็นผลประโยชน์โดยตรงที่อาจเกิดขึ้น โดยเป็นผลมาจากการรับรู้ว่าคุณค่าคนอื่นจะให้ความช่วยเหลือในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือเป็นเพียงผลของการเป็นสมาชิกในเครือข่ายสังคม

2. แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยอ้อม (indirect effect) ต่อสุขภาพหรือมีผลเป็นตัวบรรเทา (buffering effect) หรืออาจเรียกว่า มีผลเป็นตัวกำกับ (moderating effect) ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยปกป้องบุคคลจากผลกระทบของความเครียดที่ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมและปัญหาทางด้านจิตใจ

ในปัจจุบันการศึกษาและการวิจัยทางจิตวิทยา ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคม (social support) มีความสัมพันธ์กับปัญหาทางด้านจิตใจ ทั้งภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ในกลุ่มผู้สูงอายุ ในงานวิจัยของ Boen, Dalgard และ Bjertness (2012) ได้ศึกษาเรื่องความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมต่อความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางด้านจิตใจ ปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกาย และปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 4,000 คน ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์ ประกอบด้วยมาตรวัด Hopkins Symptom Checklist (HSCL-10) และ Oslo-3 Social Support Scale (OSS-3) ซึ่งมีผู้ส่งแบบสอบถามกลับมา 2,387 คน ผู้วิจัยพบว่า ปัญหาทางด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งถือเป็นผลกระทบโดยตรง นอกจากนี้ เมื่อปรับคะแนนทางด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางด้านจิตใจและความบกพร่องทางร่างกายลดลง จึงสรุปได้ว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมและการลดลงของปัญหาสุขภาพร่างกายมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุ

Oni (2010) ได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาประเภทของสัมพันธภาพทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ คือ ครอบครัวและเพื่อนที่เกิดขึ้นในบ้านพักคนชราว่าส่งผลอย่างไรต่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านความหวาดหวั่นและภาวะซึมเศร้า ในการเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามที่มีโครงสร้างทั้งสิ้น 4 ชุด ผู้วิจัยพบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม (ครอบครัวและเพื่อน) กับภาวะซึมเศร้า (depression) โดยการสนับสนุนจากทางครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = .43, p < .05$) และการสนับสนุนจากเพื่อนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = .35, p < .05$) นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างความหวาดหวั่นและภาวะซึมเศร้า ($r = .647, p < .05$) โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในบ้านพักคนชราหรือบ้านพักหลังเกษียณอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ

Wills (1991) ซึ่งพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (social support) สามารถป้องกันภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความพิการทางร่างกายของผู้สูงอายุได้

Koizumi, Awata, Kuriyama, Ohmori, Hozawa, Seki, Matsuoka และ Tsuji (2005) ได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้าจากเหตุไปหาผล (prospective cohort study) มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 1,178 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้คำถาม 5 ข้อ คือ 1) คุณมีคนที่คุณสามารถปรึกษาได้เมื่อมีปัญหาหรือไม่ 2) คุณมีคนที่คุณสามารถปรึกษาได้เมื่อคุณมีสุขภาพทางกายที่ไม่ดีหรือไม่ 3) คุณมีคนที่สามารถช่วยเหลือคุณในการทำงานต่าง ๆ ภายในบ้านหรือไม่ 4) คุณมีคนที่สามารถพาคุณไปโรงพยาบาลเมื่อคุณรู้สึกไม่สบายหรือไม่ 5) คุณมีคนที่สามารถดูแลคุณเมื่อคุณป่วยหนักหรือไม่ พบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมในข้อที่ 1 และ 5 มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมในข้อ 1 และ 5 จะมีค่าเท่ากับ 2.6 (1.2-5.3) และ 3.0 (1.4-6.1) ตามลำดับ

Stein และ Smith (2015) ได้ทำการศึกษาเพื่อตรวจสอบสมมติฐานที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวช่วยบรรเทาผลกระทบของการรับรู้ความเครียดต่ออาการทางร่างกายในผู้หญิงที่มีสุขภาพดี มีการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ปี 2006 ถึง 2010 โดยมีผู้เข้าร่วมการศึกษาคือผู้หญิงที่มีสุขภาพดีจำนวน 52 คน ซึ่งทุกคนต้องตอบแบบสอบถามเพื่อใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมและบันทึกไดอารี่ประจำวัน ทั้งสิ้น 21 วัน เพื่อใช้ในการประเมินการรับรู้ความเครียดและอาการทางกาย ผู้วิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน ($r = -.492, p < .01$) และค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการทางกาย ($r = -.426, p < .01$) และค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับค่าเฉลี่ยของการรับรู้อาการทางกายในชีวิตประจำวัน ($r = .711, p < .01$) จึงกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นตัวช่วยบรรเทาผลกระทบจากการรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวันต่ออาการทางกายในผู้หญิงที่มีสุขภาพดี

Lee และ Kim (2016) ได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการแบ่งแยก (discrimination) ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิงในประเทศเกาหลีใต้ โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 65 ปี ไม่มีความบกพร่องทางด้านสติปัญญา มีความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาเกาหลี และยินยอมที่จะเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ จากการศึกษา

ผู้วิจัยพบอิทธิพลระหว่างตัวแปรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบอิทธิพลของการถูกแบ่งแยกต่อความเครียด อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียด และอิทธิพลของความเครียดต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีค่าเท่ากับ .47, -.43 และ .64 ($p < .01$) ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบอิทธิพลทางอ้อมที่เกิดขึ้นระหว่างการถูกแบ่งแยกกับภาวะซึมเศร้าและระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีค่าเท่ากับ .34 และ -.28 ($p < .01$) ตามลำดับ

งานวิจัยของ Rashedi , Gharib, Rezaei และ Yazdani (2013) มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและระดับความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 380 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัด Social Support Appraisals Scale และ Geriatric Anxiety Scale จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และค่า t -test] พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความวิตกกังวล ($r = -.494, p < .001$)

งานวิจัยของ Alipour, Sajadi, Forouzan, Nabavi และ Khedmati (2009) มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุ จำนวน 100 คน ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลคิดเป็นร้อยละ 44 และภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 40 นอกจากนี้ ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านการเงิน ด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคมตามโครงสร้าง (structural support) ของบุคคลในสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคมตามการทำหน้าที่ (functional support) ของบุคคลในสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (multiple regression) แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมในด้านการเงินและแรงสนับสนุนทางสังคมตามโครงสร้างสามารถทำนายการเกิดความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการสนับสนุนทางสังคมในด้านการเงินยังสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การกำกวมอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกวมอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคม และปัญหาทางด้านจิตใจ ในกลุ่มผู้สูงอายุ มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การกำกวมอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกวมอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคม และปัญหาทางด้านจิตใจ ในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60-65 ปี สาเหตุที่เลือกกลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ 60-65 ปี เนื่องจากเพิ่งผ่านการเกษียณอายุงาน ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา โดยใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (convenience sampling) เลือกบุคคลที่มีอายุตรงตามกลุ่มเป้าหมาย มีความยินดี และเต็มใจจะช่วยตอบแบบสอบถาม เป็นจำนวน 150 คน ซึ่งอาศัยในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ทั้งนี้ต้องเป็นบุคคลที่ไม่ได้รับวินิจฉัยหรืออยู่ระหว่างการบำบัดรักษาจากภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล หรือปัญหาทางจิตเวช ตามหลักเกณฑ์ DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual Disorders, Fifth Edition) โดยกลุ่มผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของ Hair (2010) ที่กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยหลักการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง ควรจะกำหนดจากขนาดของโมเดลในการวิจัยนั้น โดยกำหนดให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีประมาณ 20 คนต่อหนึ่งตัวแปร และกลุ่มตัวอย่างต้องไม่น้อยกว่า 100 คน ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยครั้งนี้จึงเท่ากับ 20 คน x 6 ตัวแปร โดยเท่ากับ 120 คน ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของ Hair ที่ว่ากลุ่มตัวอย่างต้องไม่น้อยกว่า 100 คน และเพื่อเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นของข้อมูล ผู้วิจัยจึงจะเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การพัฒนาเครื่องมือ และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบวัด จำนวน 4 แบบวัด ได้แก่

- 2.1 แบบวัดความว่าเหว่ (Loneliness)
- 2.2 แบบวัดการกำกับอารมณ์ (emotion regulation)
- 2.3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (social support)
- 2.4 แบบวัดปัญหาทางด้านจิตใจ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพ อาศัยอยู่กับ รายได้ และ สถานภาพด้านสุขภาพจิต คือ “ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านอยู่ระหว่างการพบ จิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาด้วยปัญหาทางสุขภาพจิตหรือไม่” ซึ่งในข้อคำถามสถานภาพทางด้านสุขภาพจิต หากผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบว่า “เคย” ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถยุติการทำแบบสอบถามได้ทันทีและ ทางผู้วิจัยจะขออนุญาตไม่นำข้อมูลมารวมในงานวิจัย

ส่วนที่ 2 แบบวัด จำนวน 4 แบบวัด

มีรายละเอียดดังนี้

2.1 แบบวัดความว่าเหว่ (Loneliness)

ผู้วิจัยใช้แบบวัด The UCLA Loneliness Scale Version 3 ซึ่งพัฒนาโดย Russell (1996) มีข้อ คำถาม 20 ข้อ ซึ่งเป็นแบบวัดแบบลิเคิร์ตสเกล (likert scale) 4 ระดับ โดยเรียงคะแนนความเห็นด้วยจาก น้อยไปมาก ดังนี้ 1 คือ ไม่เคยรู้สึกเลย ไปจนถึง 4 คือ รู้สึกบ่อยมากหรือรู้สึกประจำ โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาต จาก วลัยภา โคลิตานนท์ ซึ่งเป็นผู้แปลแบบวัดเป็นภาษาไทยและพัฒนาข้อคำถามเพิ่มเติม 4 ข้อ เพื่อให้ สอดคล้องกับงานวิจัย รวมมีข้อคำถามทั้งสิ้น 24 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 9 ข้อ และทาง ลบ จำนวน 15 ข้อ ดังนี้ ข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อที่ 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 18, 19 ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น “ฉันเข้ากับคนรอบข้างได้ดี” และ “ฉันรู้สึกสนิทสนมกับคนอื่น” เป็นต้น ข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อที่ 2, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 20, 21, 22, 23, 24 ยกตัวอย่างข้อคำถาม เช่น “ฉันรู้สึกเหมือนอยู่ตัวคนเดียว” และ “ฉันรู้สึกว่าไม่มีใครอยู่รอบข้างฉัน แต่คนเหล่านั้นไม่เข้าใจฉัน” เป็นต้น และตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุคนไทย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alphas) เท่ากับ .99 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก

ขั้นตอนการพัฒนาแบบวัดความว่าเหว่โดยผู้วิจัย

2.1.1 ผู้วิจัยนำแบบวัดที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ในกลุ่ม ตัวอย่างผู้สูงอายุคนไทย โดยวัลลภา โคลิตานนท์ จำนวน 24 ข้อ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ใน

เขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 35 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามข้ออื่นในแบบวัด (corrected item-total correlation หรือ CITC) โดยข้อคำถามที่มีค่า CITC มากกว่า .2 ถือว่าผ่านเกณฑ์ และสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงในการวิจัยได้

2.1.2 ผู้วิจัยตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามข้ออื่นในแบบวัด (corrected item-total correlation หรือ CITC) พบว่า มีข้อคำถามที่ค่า CITC ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 23 เมื่อผู้วิจัยได้ทบทวนข้อคำถามดังกล่าว พบว่า เป็นหนึ่งในข้อคำถามจาก 4 ข้อที่ วัลลภา โคสิตานนท์ ได้พัฒนาขึ้นมาเพิ่มเติม และผู้วิจัยพบว่า ข้อคำถามเหล่านั้นมีเนื้อหาที่ไม่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาของงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาและได้ตัดข้อคำถาม 4 ข้อดังกล่าวออก ได้แก่ ข้อที่ 21-24 คงเหลือข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 20 ข้อ

2.1.3 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ตัดข้อคำถาม 4 ข้อ ออกแล้ว มาตรวจสอบความเที่ยง (reliability) อีกครั้ง พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alphas) เท่ากับ .91 และค่า CITC ของข้อคำถามผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

2.1.4 ผู้วิจัยนำแบบวัดความก้าวหน้าที่ได้ไปเก็บข้อมูลต่อไป

2.2 แบบวัดการกำกับอารมณ์ (emotion regulation)

ผู้วิจัยใช้แบบวัด Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) พัฒนาโดย Gross และ John (2003) มีข้อคำถามทั้งสิ้น 10 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามในด้านการกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ (cognitive reappraisal) ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 7, 8, 10 และด้านการกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง (expressive suppression) ได้แก่ ข้อ 2, 4, 6, 9 ซึ่งเป็นแบบวัดแบบลิเคิร์ตสเกล (likert scale) 7 ระดับ โดยเรียงคะแนนความเห็นด้วยจากน้อยไปมาก ดังนี้ 1 คือ ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นอย่างยิ่ง ไปจนถึง 7 คือ เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นอย่างยิ่ง โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผศ.ดร. กุลยา พิสิษฐ์สังฆการ ซึ่งเป็นผู้แปลแบบวัดเป็นภาษาไทยและตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ในกลุ่มตัวอย่างไทย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alphas) ของข้อคำถามในด้านการกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ (cognitive reappraisal) เท่ากับ .85 และด้านการกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง (expressive suppression) เท่ากับ .62 ยกตัวอย่างข้อคำถาม เช่น “เมื่อฉันมีอารมณ์ทางลบ ฉันจะพยายามระวังที่จะไม่แสดงความรู้สึกนั้นออกมา” และ “เมื่อฉันอยากให้ตนเองมีอารมณ์ทางบวกมากขึ้น ฉันเปลี่ยนวิธีคิดของฉันที่มีต่อสถานการณ์นั้น” เป็นต้น

ขั้นตอนการพัฒนาแบบวัดการกำกับอารมณ์โดยผู้วิจัย

2.2.1 ผู้วิจัยนำแบบวัดที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุคนไทย โดยผศ.ดร. กุลยา พิธิษฐสังฆการ จำนวน 10 ข้อ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 35 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามข้ออื่นในแบบวัด (corrected item-total correlation หรือ CITC) โดยข้อคำถามที่มีค่า CITC มากกว่า .2 ถือว่าผ่านเกณฑ์ และสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงในการวิจัยได้

2.2.2 ผู้วิจัยตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามข้ออื่นในแบบวัด (corrected item-total correlation หรือ CITC) พบว่า ข้อคำถามทั้ง 2 ด้าน มีค่า CITC ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

2.2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยง (reliability) จากการวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alphas) ของข้อคำถามในด้านการกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ (cognitive appraisal) เท่ากับ .73 และด้านการกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง (expressive suppression) เท่ากับ .73

2.2.4 ผู้วิจัยนำแบบวัดการกำกับอารมณ์ที่ได้ไปเก็บข้อมูลต่อไป

2.3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (social support)

ผู้วิจัยใช้แบบวัด The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire (FSSQ) พัฒนาโดย Broadhead, Gehlbach, DeGruy และ Kaplan (1988) มีข้อคำถามทั้งสิ้น 8 ข้อ ซึ่งเป็นแบบวัดแบบลิเคิร์ทสเกล (likert scale) 5 ระดับ โดยเรียงคะแนนความรู้สึกที่ตรงกับประสบการณ์จากน้อยไปมาก ดังนี้ 1 คือ ได้รับความน้อยกว่าที่ฉันต้องการ ไปจนถึง 5 คือ ได้รับความเท่าที่ฉันต้องการ ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยผ่านขั้นตอนจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผศ.ดร. ณัฐสุดา เต้พันธ์ ดร.พนิตา เสือวรรณศรี และอาจารย์สรวิศ รัตนชาติชูชัย และตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ในกลุ่มตัวอย่างไทยโดยผู้วิจัย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alphas) เท่ากับ .89 ยกตัวอย่างข้อคำถาม เช่น “ฉันมีคนที่คอยห่วงใยหากมีอะไรเกิดขึ้นกับฉัน” และ “ฉันมีโอกาสพูดคุยกับบุคคลที่ฉันไว้วางใจเกี่ยวกับปัญหาส่วนตัวและครอบครัว” เป็นต้น

ขั้นตอนการพัฒนาแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมโดยผู้วิจัย

2.3.1 ผู้วิจัยแปลและศึกษาแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (social support) จากแบบวัด The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire (FSSQ) ของ Broadhead, Gehlbach, DeGruy และ Kaplan (1988) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ

2.3.2 ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยวิธีการแปลเครื่องมือกลับ (Back Translation)

2.3.2.1 ผู้วิจัยแปลเครื่องมือจากต้นฉบับเป็นภาษาไทย ซึ่งพิจารณาจากบริบทวัฒนธรรมของไทย

2.3.2.2 ในการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในการแปล ได้ผ่านขั้นตอนการตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผศ.ดร.ณัฐสุดา เต็มพันธ์ ดร.พินิตา เสือวรรณศรี และอาจารย์สรวิศ รัตนชาติชูชัย

2.3.3 ผู้วิจัยนำแบบวัดที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย จำนวน 8 ข้อ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 35 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามข้ออื่นในแบบวัด (corrected item-total correlation หรือ CITC) โดยข้อคำถามที่มีค่า CITC มากกว่า .2 ถือว่าผ่านเกณฑ์ และสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงในการวิจัยได้

2.3.4 ผู้วิจัยตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามข้ออื่นในแบบวัด (corrected item-total correlation หรือ CITC) พบว่า ข้อคำถามทุกข้อมีค่า CITC ผ่านเกณฑ์ จึงสามารถนำข้อคำถามมาใช้ได้ทุกข้อ

2.3.5 ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยง (reliability) จากการวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alphas) ของข้อคำถาม เท่ากับ .89

2.3.6 ผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ได้ไปเก็บข้อมูลต่อไป

2.4 แบบวัดปัญหาทางด้านจิตใจ (psychological distress)

ปัญหาทางด้านจิตใจในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด โดยผู้วิจัยใช้มาตรวัด Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) ฉบับย่อ ซึ่งพัฒนาโดย Lovibond และ Lovibond (1995) มีข้อคำถามทั้งสิ้น 21 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามในด้านภาวะซึมเศร้า (depression) ได้แก่ ข้อ 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21 ยกตัวอย่างข้อคำถาม เช่น “ฉันรู้สึกว้าโลกมืดมน ไม่มีความหวัง” เป็นต้น ด้านความวิตกกังวล (anxiety) ได้แก่ ข้อ 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20 ยกตัวอย่าง

ข้อคำถาม เช่น “ฉันเป็นคนหวาดกลัว ตื่นตระหนกง่าย” เป็นต้น ด้านความเครียด (stress) ได้แก่ ข้อ 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18 ยกตัวอย่างข้อคำถาม เช่น “ฉันรู้สึกว่าการสงบสติอารมณ์ทำได้ยาก” เป็นต้น ซึ่งเป็นแบบวัดแบบลิเคิร์ตสเกล (likert scale) 4 ระดับ โดยเรียงคะแนนความเห็นด้วยจากน้อยไปมาก ดังนี้ 0 คือไม่เคยเกิดขึ้นเลย ไปจนถึง 3 คือ เกิดขึ้นบ่อยมาหรือเกือบตลอดเวลา โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตจาก ดร. สมบุญ จารุเกษมทวิ ซึ่งเป็นผู้แปลแบบวัดเป็นภาษาไทยและตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ในกลุ่มตัวอย่างไทย พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alphas) ของข้อคำถามในแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านภาวะซึมเศร้า (depression) เท่ากับ .76 ด้านความวิตกกังวล (anxiety) เท่ากับ .68 ด้านความเครียด (stress) เท่ากับ .74 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alphas) รวมทุกด้านเท่ากับ .85 ซึ่งอยู่ในระดับดี

ขั้นตอนการพัฒนาแบบวัดปัญหาทางด้านจิตใจโดยผู้วิจัย

2.4.1 ผู้วิจัยนำแบบวัดที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุคนไทย โดย ดร. สมบุญ จารุเกษมทวิ จำนวน 21 ข้อ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 35 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามข้ออื่นในแบบวัด (corrected item-total correlation หรือ CITC) โดยข้อคำถามที่มีค่า CITC มากกว่า .2 ถือว่าผ่านเกณฑ์ และสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงในการวิจัยได้

2.4.2 ผู้วิจัยตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามข้ออื่นในแบบวัด (corrected item-total correlation หรือ CITC) พบว่า ข้อคำถามทั้ง 3 ด้าน มีค่า CITC ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

2.4.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยง (reliability) จากการวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alphas) ของข้อคำถามในด้านภาวะซึมเศร้า (depression) เท่ากับ .68 ด้านความวิตกกังวล (anxiety) เท่ากับ .68 ด้านความเครียด (stress) เท่ากับ .78 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alphas) รวมทุกด้านเท่ากับ .86

2.4.4 ผู้วิจัยนำแบบวัดปัญหาทางด้านจิตใจที่ได้ไปเก็บข้อมูลต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำแบบสอบถามเป็น 2 แบบ คือ แบบการตอบด้วยมือ (paper-pencil method) และแบบสอบถามออนไลน์โดยใช้ google form จากนั้นนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60-65 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพและปริมณฑล จำนวน 150 คน ในส่วนของแบบสอบถามที่ใช้การตอบด้วยมือ (paper-pencil method) จำนวน 54 ชุด ผู้วิจัยได้ไปทำการเก็บข้อมูลตามสถานที่ที่มักเป็นที่รวมตัวของผู้สูงอายุ เช่น สวนสาธารณะ สนามกีฬา เป็นต้น โดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้ผู้ร่วมการวิจัยทำและมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของงานวิจัยให้ผู้ร่วมการวิจัยทราบ การทำแบบสอบถามจะใช้เวลาในการทำประมาณ 20 นาที หลังจากผู้ร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถามกลับทันที โดยรับใส่ซองที่ปิดและปิดผนึกอย่างมิดชิด ส่วนแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยได้ทำการกระจาย address ของแบบสอบถามไปตามสื่อสังคมออนไลน์ โดยบุคคลที่ทางกลุ่มผู้วิจัยกระจายแบบสอบถามไปให้ ต้องเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งได้ทำการเก็บข้อมูลเป็นจำนวน 94 ชุด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และทดสอบสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้

ทั้งนี้ การตอบแบบสอบถามอาจจะให้ผู้ตอบแบบสอบถามบางท่านรู้สึกไม่สบายใจหรือคับข้องใจ โดยผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ตอบแบบสอบถามทราบก่อนที่จะเริ่มทำแบบสอบถามว่า ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ หากเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หรือคับข้องใจ และผู้วิจัยจะให้ข้อมูลการเข้าถึงการบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยการแจกแผ่นพับของศูนย์สุขภาพจิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งมีทั้งสถานที่ตั้งและเบอร์โทรศัพท์ ในกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามต้องการบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ตลอดจนเอกสารแนบที่แสดงถึงสถานที่และเบอร์ติดต่อหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับด้านจิตใจ นอกจากนี้ จะมีการชี้แจงให้ผู้ตอบแบบสอบถามทราบว่าทางผู้วิจัยยินดีที่จะเป็นสื่อกลางในการติดต่อกับหน่วยงานเหล่านี้ เพียงแต่ขอให้ผู้ตอบแบบสอบถามแจ้งความประสงค์ให้ทราบ

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและทดสอบสมมติฐานด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูป SPSS for Windows Version 22 โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ด้วยการคำนวณคะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ข้อมูลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย
4. วิเคราะห์และทดสอบการทำนายอิทธิพลของความก้าว การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง และการสนับสนุนทางสังคม ต่อปัญหาทางด้านจิตใจ โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ซึ่งเป็นวิธีการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปของการทำนาย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นคือ ความว่าเหว่ การกำกับ อารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคม กับตัวแปรตามคือ ปัญหาทางด้านจิตใจ ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการ วิจัย แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้มีความเข้าใจและความสะดวกในการแปลผลการ วิเคราะห์ กลุ่มผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์แทนความหมาย ดังต่อไปนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้แทนค่าสถิติในการวิจัย

N หมายถึง จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาวิจัยหรือในขั้นตอนพัฒนามาตรวัด

M หมายถึง ค่ามัธยฐานเลขคณิตหรือค่าเฉลี่ยเลขคณิตของคะแนน

SD หมายถึง ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

R^2 หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย

r หมายถึง ค่าความสัมพันธ์

SE หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการวัด

p หมายถึง ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ

B หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ (regression coefficient)

β หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

สัญลักษณ์แทนตัวแปร

LLN แทน ความว่าเหว่

ERreappraisal แทน การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่

ERsuppression แทน การกำกับอารมณ์โดยการยับยั้งการตอบสนอง

SS แทน การสนับสนุนทางสังคม

DASS แทน ปัญหาทางด้านจิตใจ

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60-65 ปี อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยไม่มีการแบ่งสัดส่วนของเพศ โดยกลุ่มตัวอย่างได้ผ่านเกณฑ์ในการคัดเลือกแบบสอบถามมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 150 คน แบ่งเป็น เพศชาย 65 คน (ร้อยละ 43.3) และเพศหญิง 85 คน (ร้อยละ 56.7)

ตารางที่ 1

แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามปัจจัยทางประชากรศาสตร์ (N=150)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	65	43.3
หญิง	85	56.7
อายุ		
60	43	28.7
61	26	17.3
62	44	29.3
63	10	6.7
64	14	9.3
65	13	8.7
สถานภาพสมรส		
โสด	13	8.7
สมรส	122	81.3
หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	15	10

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาศัยอยู่กับ		
คนเดียว	13	8.7
คู่สมรส	80	53.3
ครอบครัว / ญาติพี่น้อง	30	20
อยู่กับครอบครัวและคู่สมรส / อยู่กับครอบครัวของคู่สมรส	27	18
อาชีพ		
ผู้เกษียณอายุงาน	25	16.7
ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	51	34
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	37	24.6
พนักงานเอกชน	16	10.7
รับจ้างทั่วไป	4	2.7
อื่น ๆ	17	11.3
รายได้ (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 20,000 บาท	30	20
20,001 – 40,000 บาท	32	21.3
40,001 – 60,000 บาท	39	26
60,001 – 80,000 บาท	14	9.3
80,001 – 100,000 บาท	16	10.7
มากกว่า 100,000 บาท	19	12.7

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน มีอายุโดยเฉลี่ย 61.77 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.6 มีสถานภาพแต่งงานแล้วจำนวน 122 คน (ร้อยละ 81.3) ด้านการอยู่อาศัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 80 คน (ร้อยละ 53.3) ด้านอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 51 คน (ร้อยละ 34) และในด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 40,001 – 60,000 บาท (ร้อยละ 26)

ตารางที่ 2

แสดงค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปร

ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max	Possible Range
ความว้าเหว	35.13	7.97	21	70	20-80
การกำกับอารมณ์					10-70
การประเมินความคิดใหม่	32.42	7.73	6	42	6-42
การยับยั้งการตอบสนอง	18.31	5.18	4	28	4-28
การสนับสนุนทางสังคม	30.39	6.51	8	40	8-40
ปัญหาทางด้านจิตใจ	12.19	7.3	0	34	0-63

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความว้าเหวมีค่าเท่ากับ 35.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.97 ในส่วนตัวแปรการกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเท่ากับ 32.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.73 ตัวแปรกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเท่ากับ 18.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.18 ด้านตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเท่ากับ 30.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.51 และตัวแปรปัญหาทางด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเท่ากับ 12.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.3

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน

1) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ตารางที่ 3

แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

	LLN	ERreappraisal	ERsuppression	SS	DASS
LLN	1				
ERreappraisal	-.12	1			
ERsuppression	-.08	.33**	1		
SS	-.36**	.19*	.12	1	
DASS	.32**	-.08	-.04	-.22**	1

หมายเหตุ: ** $p < .01$, * $p < .05$

จากตารางที่ 3 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละตัว พบว่า ตัวแปรความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมและตัวแปรปัญหาทางด้านจิตใจ เท่ากับ $-.36^{**}$ และ $.32^{**}$ ตามลำดับ ตัวแปรการกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรการกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนองและการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ $.33^{**}$ และ $.19^*$ ตามลำดับ สุดท้ายตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับตัวแปรปัญหาทางด้านจิตใจ เท่ากับ $-.22^{**}$

2) การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

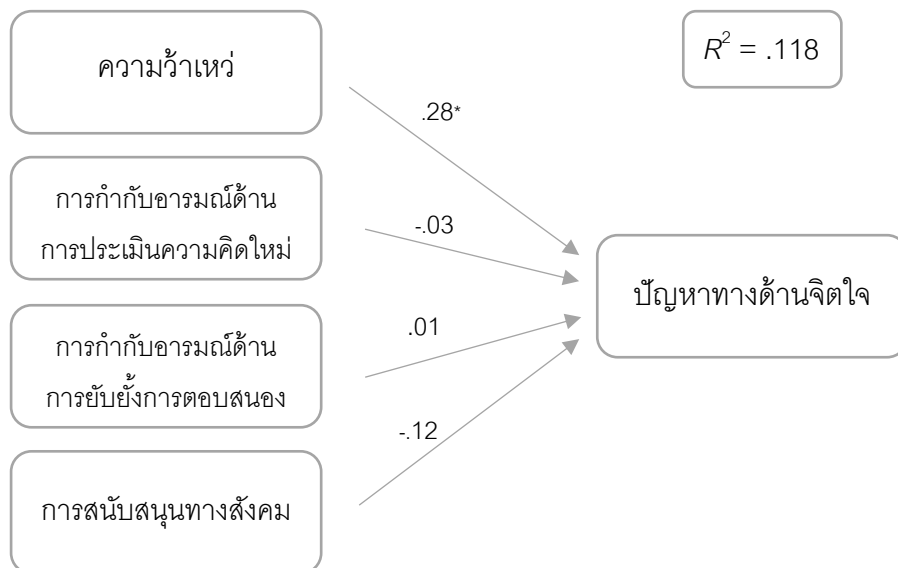
ตารางที่ 4

แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของตัวแปรต้นในการทำนายตัวแปรตาม

ตัวแปร	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
ความวิตกกังวล (Loneliness)	.25	.08	.28	3.28	.001*
การกำกับอารมณ์ (Emotion regulation)					
การประเมินความคิดใหม่ (reappraisal)	-.03	.08	-.03	-.34	.733
การยับยั้งการตอบสนอง (suppression)	.01	.12	.01	.06	.952
การสนับสนุนทางสังคม (Social support)	-.13	.09	-.12	-1.40	.162

หมายเหตุ: * $p < .05$

จากตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อทดสอบสมมติฐาน ผลเป็นดังนี้
สมมติฐาน “ความไว้เหว่ การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับอารมณ์ด้าน
การยับยั้งการตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนายปัญหาทางด้านจิตใจ”



ภาพที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อทดสอบความสามารถในการทำนายปัญหาทางด้านจิตใจ
โดยความไว้เหว่ การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการ
ตอบสนอง และการสนับสนุนทางสังคม

จากภาพที่ 1 ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรต้นความไว้เหว่ การกำกับอารมณ์ด้านการประเมิน
ความคิดใหม่ การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกัน
ทำนายตัวแปรตามปัญหาทางด้านจิตใจได้ ($R^2 = .118$) โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 11.8 แต่เมื่อพิจารณา
แต่ละตัวแปร พบว่า ตัวแปรความไว้เหว่เป็นเพียงตัวแปรเดียวที่มีอำนาจในการทำนายปัญหาทางด้าน
จิตใจ ($\beta = .28, p < .05$) ส่วนในด้านกรกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับอารมณ์
ด้านการยับยั้งการตอบสนอง และการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายปัญหาทางด้านจิตใจได้อย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่มีอำนาจทำนายเท่ากับ $-.03$
($p = .733$) การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนองมีอำนาจทำนายเท่ากับ $.01$ ($p = .952$) และ
การสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจทำนายเท่ากับ $-.12$ ($p = .162$)

บทที่ 5

การอภิปรายผล

อภิปรายผลการศึกษา

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความว้าเหว การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคม และปัญหาทางด้านจิตใจ ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการศึกษานี้เป็นการทดสอบบทบาทของความว้าเหว การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง และการสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายปัญหาทางด้านจิตใจ ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

สมมติฐาน “ความว้าเหว การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนายปัญหาทางด้านจิตใจ”

จากการวิเคราะห์สถิติด้วยวิธีการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ระหว่างความว้าเหว การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคม กับปัญหาทางด้านจิตใจ พบว่า สนับสนุนสมมติฐานงานวิจัยบางส่วน โดยมีเพียงตัวแปรความว้าเหวที่สามารถทำนายปัญหาทางด้านจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวได้ว่า ความว้าเหวเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมถึงมีปฏิสัมพันธ์ที่ขาดคุณภาพหรือไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ทำให้บุคคลรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดดเดี่ยว และนำไปสู่ปัญหาทางด้านจิตใจได้

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hawkey และ Cacioppo (2010) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า ความว้าเหวส่งผลกระทบต่อด้านสภาพจิตใจ ได้แก่ อาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ มาจากการสูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญ ทำให้เกิดความรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว รู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมถึงงานวิจัยของ Santini และคณะ (2016) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 63.3 ปี พบว่า การมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีและมีการแยกตัวจากสังคม มีความเสี่ยงที่จะเกิดความรู้สึกว้าเหว ส่งผลให้มีแนวโน้มจะมีปัญหาทางด้านจิตใจคือภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยเรื่องโครงสร้างครอบครัวในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น จากผลการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการอยู่อาศัยแบบครอบครัวเดี่ยว

ได้แก่ อยู่กับคู่สมรสและอยู่คนเดียว ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการอยู่แบบครอบครัวเดียวในสังคมปัจจุบัน สมาชิกในครอบครัวอาจมีเวลาให้กันน้อยลง เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์ที่ขาดคุณภาพหรือขาดความผูกพันใกล้ชิดกับคนสำคัญ ส่งผลให้เกิดความว้าเหวในผู้สูงอายุและนำไปสู่ปัญหาทางด้านจิตใจได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Peerenboom, Collard, Naarding และ Comijs (2015) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมากกับความว้าเหวทางอารมณ์ รวมถึงงานวิจัยของ Bekhet และ Zauszniewski (2012) ที่ศึกษาความว้าเหวในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ พบความสัมพันธ์ระหว่างความว้าเหวและปัญหาทางด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ และงานวิจัยของ Khademi, Rashedi, Sajadi และ Gheshlaghi (2015) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความว้าเหวและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ พบว่า การขาดปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นนำไปสู่ความรู้สึกว้าเหวและมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางด้านจิตใจคือ มีความวิตกกังวลว่าจะถูกแยกตัวออกจากสังคมในท้ายที่สุด

จากผลการวิจัยก่อนหน้านี้ รวมถึงผลการวิจัยในครั้งนี้ จึงแสดงให้เห็นว่าการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี มีความผูกพันใกล้ชิดกับครอบครัวหรือคนรอบข้าง รวมถึงการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้บุคคลได้เข้าสังคม ได้มีปฏิสัมพันธ์ พบปะสังสรรค์กับผู้อื่น สามารถช่วยลดความว้าเหวและช่วยป้องกันการเกิดปัญหาทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุได้

แต่อย่างไรก็ตาม ผลการค้นพบดังกล่าวมีความแตกต่างจากการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้ ที่มีการค้นพบว่า การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง และการสนับสนุนทางสังคมต่างก็สามารถทำนายปัญหาทางด้านจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยในส่วนของ การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่และการกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง ไม่สามารถทำนายปัญหาทางด้านจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการกำกับอารมณ์สามารถแบ่งออกได้เป็นหลายประเภท ซึ่งการกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่และการกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง เป็นเพียงบางมิติของการกำกับอารมณ์เท่านั้น ยังมีการกำกับอารมณ์ประเภทอื่น ๆ ที่งานวิจัยนี้ไม่ได้ทำการศึกษาและอาจมีอิทธิพลในการทำนายปัญหาทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุได้ เช่น การกำกับอารมณ์โดยการยอมรับ (acceptance) กับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หรือการกำกับอารมณ์โดยการคิดถึงสิ่งที่ทำให้มีความสุขและรู้สึกพึงพอใจแทนที่จะคิดถึงสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นจริง (positive refocus) ซึ่งมีการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล (Carver et al., 1989) และช่วยให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ทางลบลดลง (Phillips, Henry, Hosie & Milne, 2008 อ้างถึงใน Urry &

Gross, 2010) งานวิจัยในอนาคตจึงควรทำการศึกษาเพิ่มตัวเกี่ยวกับตัวแปรการกำกับอารมณ์ประเภทอื่น ๆ เพื่อทดสอบการทำนายปัญหาทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังเป็นช่วงวัยที่ผ่านการใช้ชีวิตและสังสรรค์ประสบการณ์มานาน ได้เห็นความผันผวนขึ้นลงของผู้คน รวมทั้งตนเองเมื่อวันเวลาผ่านไป ได้เห็นความเปลี่ยนแปลงของสิ่งต่าง ๆ ในโลกว่ามีเกิดและมีดับ ผ่านการใช้ชีวิตที่ต้องเผชิญและแก้ไขปัญหามากมาย ถึงแม้จะมีงานวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุมีกระบวนการกำกับอารมณ์ที่ดีกว่าวัยผู้ใหญ่และวัยหนุ่มสาว สามารถจัดการและควบคุมอารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้ดี (Gross et al., 1997) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดปัญหาทางด้านจิตใจ แต่ในขณะเดียวกัน ด้วยวัยและประสบการณ์ของผู้สูงอายุ อาจหล่อหลอมให้มองโลกด้วยความเป็นจริงมากขึ้น เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้สามารถปล่อยวาง ปลงตกกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ง่ายกว่าวัยผู้ใหญ่และวัยหนุ่มสาว แทนที่จะใช้การประเมินความคิดใหม่หรือการยับยั้งการตอบสนอง

ในส่วนของ การสนับสนุนทางสังคมอาจสามารถอธิบายได้ว่า มาตรการสนับสนุนทางสังคมที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ปัจจัยหลัก คือ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลสำคัญในชีวิตที่บุคคลสามารถปรึกษาและแบ่งปันเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นด้วยได้ และการสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์ ซึ่งอาจจะยังไม่ครอบคลุมในทุก ๆ ด้านของการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุหลายคนอาจได้รับการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบอื่น ๆ เช่น การสนับสนุนทางสังคมทางด้านทรัพยากรหรือการสนับสนุนทางสังคมทางด้านข้อมูล เป็นต้น นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ แม้จะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น แต่ยังคงเป็นช่วงวัยที่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ เนื่องจากยังคงมีสมรรถภาพทางกายที่ดี มีความแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองและสังคมได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุในช่วงวัยนี้สามารถหาความสุขในชีวิตได้จากกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้เกิดความเพลิดเพลิน และเกิดความผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับทฤษฎี Activity theory of Aging (Crosnoe & Elder, 2002) ที่กล่าวว่าไว้ว่าบุคคลในช่วงวัยชราที่ยังสามารถทำกิจกรรมที่ตนเองสนใจหรือชอบได้ จะเป็นบุคคลในวัยชราที่มีความสุขและประสบความสำเร็จในการใช้ชีวิต

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

1. งานวิจัยนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามรายงานตนเอง (self-report) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจมีการตอบแบบสอบถามตามความคาดหวังของสังคม หรือตอบให้ตนเองมีภาพลักษณ์ที่ดีแต่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง (social desirability bias) งานวิจัยในอนาคตควรมี

การศึกษาโดยเก็บข้อมูลแบบประเมินพฤติกรรม (behavioral assessment) ร่วมด้วย เช่น ให้นักผู้ดูแล
ตรวจสอบและบันทึกความคิดและอารมณ์ของตนเอง

2. งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบ ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional design) มีข้อจำกัดคือ
ไม่สามารถอธิบายถึงสาเหตุและผลได้ งานวิจัยในอนาคตควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงลึกเพื่อให้ทราบถึง
สาเหตุของความว่าเหว การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้ง
การตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคม และปัญหาทางด้านจิตใจ

3. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของงานวิจัยนี้มีปัญหาทางด้านจิตใจในระดับต่ำ ดังนั้นการตรวจสอบ
อิทธิพลของการกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการ
ตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคม อาจไม่ได้ส่งผลต่อปัญหาทางด้านจิตใจ งานวิจัยในอนาคตควรมี
การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางด้านจิตใจสูง

4. ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในกลุ่มวัยเกษียณอายุงาน แต่กลุ่มตัวอย่างบางคนอาจยังมีงานอื่น ๆ
ทำ งานวิจัยในอนาคตจึงควรศึกษาแบ่งแยกอย่างชัดเจนระหว่างคนที่ยังทำงานและคนที่ไม่ได้ทำงาน

5. งานวิจัยในอนาคตควรมีการศึกษาความว่าเหว การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่
การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคม และปัญหาทางด้านจิตใจ ในกลุ่ม
ตัวอย่างช่วงอายุอื่นด้วย

การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. ควรจัดโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ เพื่อช่วยลดความว่าเหว การกำกับ
อารมณ์ไม่เหมาะสม และการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ให้สามารถใช้ชีวิตต่อไปได้อย่างราบรื่น

2. ควรนำแบบสอบถามความว่าเหว การกำกับอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคม และแบบวัด
ปัญหาทางด้านจิตใจ ให้นักผู้ดูแลที่ลงชื่อให้หน่วยงานรัฐบาลว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุครบ 60 ปีขึ้นไป เพื่อให้
ผู้สูงอายุได้สำรวจและเข้าใจตนเองยิ่งขึ้น และเป็นการค้นหาผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือด้วยบริการการ
ปรึกษาทางจิตวิทยาได้อีกทางหนึ่งด้วย อีกทั้งสามารถจัดโครงการการปรึกษาทางจิตวิทยาได้เหมาะสมกับ
ความต้องการของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

3. ควรจัดโครงการส่งเสริมการใช้ชีวิตในผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดปัญหาทางด้านจิตใจ โดย
ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความว่าเหว การกำกับอารมณ์ และการสนับสนุนทางสังคม แนะนำบริการ
ต่าง ๆ ที่สามารถหาได้ในสังคมใกล้บ้านของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ผู้สูงอายุควรรับทราบและสามารถใช้
บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคม และปัญหาทางด้านจิตใจ ในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 150 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง 60-65 ปี โดยมีสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรอิสระ มี 4 ตัวแปร ได้แก่ ความวิตกกังวล การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม มี 1 ตัวแปร ได้แก่ ปัญหาทางด้านจิตใจ

สมมติฐานการวิจัย ความวิตกกังวล การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนายปัญหาทางด้านจิตใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพ อาศัยอยู่กับ รายได้ และสถานภาพด้านสุขภาพ คือ “ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านอยู่ระหว่างการพบจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาด้วยปัญหาทางสุขภาพจิตหรือไม่”

2. แบบวัดความวิตกกังวล (loneliness) ผู้วิจัยใช้แบบวัด The UCLA Loneliness Scale Version 3 ซึ่งพัฒนาโดย Russell (1996) มีข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นแบบวัดแบบลิเคิร์ตสเกล 4 ระดับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alphas) เท่ากับ .91

3. แบบวัดการกำกับอารมณ์ (emotion regulation) ผู้วิจัยใช้แบบวัด Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) พัฒนาโดย Gross และ John (2003) มีข้อคำถามทั้งสิ้น 10 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือด้านการกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ (cognitive reappraisal) และด้านการกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง (expressive suppression) ซึ่งเป็นแบบวัดแบบลิเคิร์ตสเกล 7 ระดับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alphas) เท่ากับ .73 ในทั้ง 2 ด้าน

4. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (social support) ผู้วิจัยใช้แบบวัด The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire (FSSQ) พัฒนาโดย Broadhead, Gehlbach, DeGruy และ

Kaplan (1988) มีข้อคำถามทั้งสิ้น 8 ข้อ ซึ่งเป็นแบบวัดแบบลิเคิร์ตสเกล 5 ระดับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alphas) เท่ากับ .89

5. แบบวัดปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้วิจัยใช้มาตรวัด Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) ฉบับย่อ ซึ่งพัฒนาโดย Lovibond และ Lovibond (1995) มีข้อคำถามทั้งสิ้น 21 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือด้านภาวะซึมเศร้า (depression) ด้านความวิตกกังวล (anxiety) และด้านความเครียด (stress) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alphas) ในแต่ละด้านเท่ากับ .68, .68 และ .78 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alphas) รวมทุกด้านเท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้คือ หลังจากที่คณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์คุณภาพของแบบวัดโดยการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อของแบบวัด จึงนำแบบวัดไปเก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60-65 ปี อาศัยอยู่ในกรุงเทพและปริมณฑล จำนวน 150 คน โดยใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (convenience sampling) ซึ่งทางผู้วิจัยได้ทำแบบสอบถามเป็น 2 แบบ คือ แบบการตอบด้วยมือ (paper-pencil method) และแบบสอบถามออนไลน์โดยใช้ google form หลังจากผู้ร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถามกลับทันที โดยรับใส่ซองที่ปิดผนึกอย่างมิดชิด ส่วนแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยได้ทำการกระจาย address ของแบบสอบถามไปตามสื่อสังคมออนไลน์ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และทดสอบสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล กลุ่มนิสิตผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและทดสอบสมมติฐานด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูป SPSS for Windows Version 22 โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ด้วยการคำนวณคะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ข้อมูลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย
4. วิเคราะห์และทดสอบการทำนายอิทธิพลของความว่าเหว่ การกำกับอารมณ์ และการสนับสนุนทางสังคม ต่อปัญหาทางด้านจิตใจ โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ซึ่งเป็นวิธีการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปของการทำนาย

ผลการวิจัยสรุปตามสมมติฐานได้ดังนี้

ความก้าวเหว่ การกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่ การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนอง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายตัวแปรตามปัญหาทางด้านจิตใจได้ร้อยละ 11.8 โดยความก้าวเหว่เป็นเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายปัญหาทางด้านจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .28, p < .05$) ส่วนในด้านการกำกับอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายปัญหาทางด้านจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการกำกับอารมณ์ด้านการประเมินความคิดใหม่มีอำนาจทำนายเท่ากับ $-.03$ ($p = .733$) การกำกับอารมณ์ด้านการยับยั้งการตอบสนองมีอำนาจทำนายเท่ากับ $.01$ ($p = .952$) และการสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจทำนายเท่ากับ $-.12$ ($p = .162$)

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *องค์ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การอบรบการใช้แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ* [PowerPoint slides]. สืบค้นจาก www.thaidepression.com/www/54/km-cpg.ppt
- กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ. (2558). ภาวะวิตกกังวลเฉียบพลันและอาการ Panic Attack. ใน นันทวิช สิทธิรักษ์ (บรรณาธิการ), *จิตเวช ศิริราช DSM-5*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิษฐา ตลอดภพ, วรธรรณา ประทุมโทน, อังคนา เรือนก้อน และเรจินนภรณ์ ไม้พวง. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุ ต.บ้านคลอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก. *วารสารวิชาการและวิจัย มทร.พระนคร ฉบับพิเศษ*, 174-179.
- จิตรา โรจน์ขจรนภลัย. (2556). ผู้สูงอายุ : คนที่ควรใส่ใจ. *วารสารแพทยสารทหารอากาศ*, 59(1), 60-62.
- ณัฐรดา อยู่ศิริ, สุพิชฌาย์ นันทภานนท์ และ หทัยพร พิระชัยรัตน์. (2557). *ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดเผยตนเอง ความเหงา และการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อพฤติกรรม การเสพติดอินเทอร์เน็ต*. (โครงการทางจิตวิทยาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้าแก้ไขได้* [Weblog]. สืบค้นจาก <http://kanchanapisek.or.th/kp11/articles/article-3.th.html>
- ทัศนาศ บุญทอง. (2553). ผลของการผ่อนคลายแบบเกร็งกล้ามเนื้อต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหอบหืด. *รามาทิบัติพยาบาลสาร (Ramathibodi Nursing Journal)*, 136-150.
- เทพฤทธิ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และอุมาพร อุดมทรัพย์ากร. (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 103-116.
- ธัญพร พรหมจันทร์. (2556). *ภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์ คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- พิเชษฐ อุดมรัตน์. (2544). ผู้ป่วยวิตกกังวล. ใน มาโนช หล่อตระกูล (บรรณาธิการ), *คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์*. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต.
- ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาทิบัติ. (ม.ป.ป.). *โรคซึมเศร้า* [Weblog]. สืบค้นจาก <http://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-0924>

- วิชาญ ชูรัตน์, โยธิน แสงวงดี และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมี
ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. *วารสารประชากร*, 3(2), 87-109.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). การสำรวจและศึกษาภาวะ
สุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค ของไทย. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
เบาหวาน. *รามาทิบัติพยาบาลสาร (Ramathibodi Nursing Journal)*, 16(2), 309-323.
- สุกัลลค์น ดรุณย์ธร. (2554). ผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลที่มีต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตร
เจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ. (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทร
วิโรฒ).
- อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์, ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัญญา ชูเลิศ. (2553). สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย:
ภาพสะท้อนสังคม. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2556). แรงสนับสนุนทางสังคม : ปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็น
เบาหวาน. *รามาทิบัติพยาบาลสาร (Ramathibodi Nursing Journal)*, 16(2), 309-323.
- อิทธิพล พลเยี่ยม, สุคนธา ศิริ, พิมพ์สุรางค์ เดชะบุญเสริมศักดิ์ และดุสิต สุจิรวรัตน์. (2557). ความชุกและ
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัด
ร้อยเอ็ด. *โครงการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 14*, 1845-1854.
- ไหมไทย ไชยพันธ์. (2556). ความรู้สึกลดลงของกลมกลืนในชีวิต และกลวิธีการเผชิญปัญหา แนวทางใน
การจัดการกับความเครียดในการปฏิบัติงาน. *Princess of Naradhiwas University Journal*,
5(3), 151-161.

ภาษาอังกฤษ

- Alipour, F., Sajadi, H., Forouzan, A., Nabavi, H., & Khedmati, E. (2009). The role of social
support in the anxiety and depression of elderly. *Iranian Journal of Ageing*, 4(1).
- Anderson, C. A., Miller, R. S., Riger, A. L., Dill, J. C., & Sedikides, C. (1994). Behavioral and
characterological attributional styles as predictors of depression and loneliness: review,
refinement, and test. *Journal of personality and social psychology*, 66(3), 549-558.
- Aylaz, R., Aktürk, Ü., Erci, B., Öztürk, H., & Aslan, H. (2012). Relationship between depression
and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of gerontology
and geriatrics*, 55(3), 548-554.
- Babazadeh, T., Sarkhoshi, R., Bahadori, F., Moradi, F., Shariat, F., & Sherizadeh, Y. (2016).
Prevalence of depression, anxiety and stress disorders in elderly people residing in
Khoy, Iran (2014-2015) Prevalence of depression, anxiety and stress in elderly

- people. *Journal of Analytical Research in Clinical Medicine*, 4(2).
- Baum, A. (1990). Stress, intrusive imagery, and chronic distress. *Health psychology*, 9(6), 653-675.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford press.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York, NY: Basic Books.
- Bekhet, A. K., & Zauszniewski, J. A. (2012). Mental health of elders in retirement communities: is loneliness a key factor?. *Archives of psychiatric nursing*, 26(3), 214-224.
- Bøen, H., Dalgard, O. S., & Bjertness, E. (2012). The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: A cross sectional study. *BMC geriatrics*, 12(1), 27.
- Borchard, T. J. (2014). *5 New Theories on the Cause of Depression* [Weblog]. Retrieved from <https://psychcentral.com/blog/archives/2014/10/29/5-new-theories-on-the-cause-of-depression/>
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., De Gruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical care*, 709-723.
- Brummer, L., Stopa, L., & Bucks, R. (2014). The influence of age on emotion regulation strategies and psychological distress. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 42(06), 668-681.
- Canada's National Seniors Council (2014b). *Scoping Review of the Literature: Social Isolation of Seniors*. Retrieved from https://www.canada.ca/content/dam/nsc-cna/documents/pdf/policy-and-program-development/publications-reports/2014/Report_on_the_Social_Isolation_of_Seniors.pdf
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267-283.

- Christiansen, J., Larsens, F. B. & Lasgaard, M. (2016). Do stress, health behavior, and sleep mediate the association between loneliness and adverse health conditions among older people?. *Social Science & Medicine*, 152, 80-86.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310.
- Crosnoe, R., & Elder Jr, G. H. (2002). Successful adaptation in the later years: A life course approach to aging. *Social Psychology Quarterly*, 309-328.
- De Beurs, E., Beekman, A., Geerlings, S., Deeg, D., Van Dyck, R., & Van Tilburg, W. (2001). On becoming depressed or anxious in late life: similar vulnerability factors but different effects of stressful life events. *The British Journal of Psychiatry*, 179(5), 426-431.
- De Jong-Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 119-128.
- Efthimiou, K., & Psoma, M. (2012). Lewinsohn's cognitive behavioral group therapy course for depression: Structure, application and efficacy. *ENCEPHALOS*, 49, 60-66.
- Everly, G. S., & Lating, J. M. (2002). *A clinical guide to the treatment of the human stress response* (2nd ed.). New York, NY: Kluwer Academic.
- Fees, B. S., Martin, P., & Poon, L. W. (1999). A model of loneliness in older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B(4), 231-239.
- Fry, S. A. M., & Roddy, S. J. (1988). *The effects of social support on work stress and burnout*. (master's thesis). Virginia Commonwealth University, USA.
- Gamefski, N., Baan, N., & Kraaij, V. (2005). Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Personality and Individual Differences*, 38(6), 1317-1327.
- Gamefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659-1669.
- Gamefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.

- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348-362.
- Gyurak, A., Gross, J. J., & Etkin, A. (2011). Explicit and implicit emotion regulation: A dual-process framework. *Cognition & Emotion*, 25(3), 400-412.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Babin, B. J., & Black, W. C. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspective* (Vol. 7). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Hall, R. H., (1998). *Theories of Depression* [PDF document]. Retrieved from Lecture Notes Online Web site: http://web.mst.edu/~rhall/neuroscience/07_disorders/depression_theory.pdf
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40, 218-227.
- Holvast, F., Burger, H., de Waal M. M., Marwijk, H. V., Comijs, H. C. & Verhaak, P. F. (2015). Loneliness is associated with poor prognosis in late-life depression: Longitudinal analysis of the Netherlands study of depression in older persons. *Journal of Affective Disorders*, 185, 1-7.
- Ingram, B. L. (2011). *Clinical case formulations: Matching the integrative treatment plan to the client*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Jacobson, D. E. (1986). Types and Timing of Social Support. *Journal of Health and Social Behavior*, 27(3), 250-264.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: Personality Processes, Individual Differences, and Life Span Development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1334.
- Khademi, M.J., Rashedi, V., Sajadi, S., & Gheshlaghi, S.M. (2015). Anxiety and Loneliness in the Iranian Older Adults. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 5(2), 49-52.

- Klinic Community Health Centre. (2010). Stress & Stress Management. Retrieved March 31, 2017, from <http://hydesmith.com/de-stress/files/StressMgt.pdf>
- Koizumi, Y., Awata, S., Kuriyama, S., Ohmori, K., Hozawa, A., Seki, T., Matsuoka, H., & Tsuji, I. (2005). Association between social support and depression status in the elderly: results of a 1-year community-based prospective cohort study in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *59*(5), 563-569.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, *44*(1), 1-22.
- Lee, H. S., & Kim, C. (2016). Structural Equation Modeling to Assess Discrimination, Stress, Social Support, and Depression among the Elderly Women in South Korea. *Asian Nursing Research*, *10*(3), 182-188.
- Lewinsohn, P. M., & Libet, J. (1972). Pleasant events, activity schedules, and depressions. *Journal of Abnormal Psychology*, *79*(3), 291-295.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, *33*(3), 335-343.
- Lyon, B. L. (2000). Stress, coping, and health. In V. H. Rice (Ed), *Handbook of stress, coping and health: Implications for nursing research, theory, and practice*, (pp. 3-23). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, *39*(7), 1249-1260.
- McGinn, L. K. (2000). Cognitive behavioral therapy of depression: Theory, treatment, and empirical status. *American Journal of Psychotherapy*, *54*(2), 257-262.
- Mitchell, D. (2004). *Stress, Coping, and Appraisal in an HIV-seropositive Rural Sample: A Test of the Goodness-of-Fit Hypothesis* (Master's thesis). Ohio University, USA.
- Nauser, J. A. (2007). *Heart failure family caregivers: Psychometrics of a new quality of life scale and variables associated with caregiver outcomes* (Doctoral dissertation). Indiana University, USA.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, *102*, 20-28.

- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of personality and social psychology*, 67(1), 92-104.
- Ogawa, N. (2007). *Stress, coping behavior, and social support in Japan and the United States*. (Doctoral dissertation). The University of Oklahoma, USA.
- Oni, O. O. (2010). *Social support, loneliness and depression in the elderly* (Master's thesis). Queen's University, Canada.
- Ostir, G. V., & Goodwin, J. S. (2006). High anxiety is associated with an increased risk of death in an older tri-ethnic population. *Journal of clinical epidemiology*, 59(5), 534-540.
- Pascuzzi, D., & Smorti, A. (2017). Emotion regulation, autobiographical memories and life narratives. *New Ideas in Psychology*, 45, 28-37.
- Peerenboom, L., Collard, R.M, Naarding, P. & Comijs, H.C. (2015). The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 182, 25-31.
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (Eds.). (1982). Perspectives on loneliness. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, (pp. 1-20). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1984). Loneliness research: A survey of empirical findings. In L.A. Peplau & S. Goldston (Eds.), *Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness*, (pp. 13-46). Santa Barbara, CA: US Government Printing Office.
- Pienaar, J., Sieberhagen, C. F., & Mostert, K. (2007). Investigating turnover intentions by role overload, job satisfaction and social support moderation. *Journal of Industrial Psychology*, 33(2), 62-67.
- Rashedi, V., Gharib, M., Rezaei, M., & Yazdani, A. A. (2013). Social support and anxiety in the elderly of Hamedan, Iran. *Journal of Rehabilitation*, 14(2), 110-115.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Araújo, L., Afonso, R. M., & Pachana, N. (2015). Predictors of anxiety in centenarians: health, economic factors, and loneliness. *International Psychogeriatrics*, 27(07), 1167-1176.
- Rice, V. H. (2012). Theories of stress and its relationship to health. *Handbook of stress, coping, and health: Implications for nursing research, theory, and practice*, 22-42.

- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20-40.
- Rygh, J. L., & Sanderson, W. C. (2004). *Treating Generalized Anxiety Disorder: Evidence-based Strategies, Tools, and Techniques*. New York, NY: Guilford Press.
- Sammons, A. *Beck's Cognitive Theory of Depression* [PDF document]. Retrieved from Lecture Notes Online Web site: http://www.psychotron.org.uk/resources/abnormal/A2_AQA_abnormal_moodcognitivebeck.pdf
- Santini, Z. I., Fiori, K. L., Feeney, J., Tyrovolas, S., Haro J. M. & Koyanagi, A. (2016). Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community-based study. *Journal of Affective Disorders*, 204, 59–69.
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11-36.
- Solomon, S. M. (2000). Childhood loneliness: implication and intervention considerations for family therapists. *The Family Journal*, 8(2), 161-164.
- Sønderby, L. C. (2013). Loneliness: An integrative approach. *Journal of Integrated Social Sciences*. 3(1), 1-29.
- Spielberger, C. D. (1996). *Anxiety and Behavior*. New York, NY: Academic Press.
- Spielberger, C. D. (2002). *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*. New York, NY: Academic Press.
- Stein, E. R., & Smith, B. W. (2015). Social support attenuates the harmful effects of stress in healthy adult women. *Social Science & Medicine*, 146, 129-136.
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological assessment*, 7(4), 524-532.
- Tennen, H., & Affleck, G. (1990). Blaming others for threatening events. *Psychological Bulletin*, 108(2), 209-232.
- Theeke, L. A., Mallow, J. A., Moore, J., McBurney, A., Rellick, S., & VanGilder, R. (2016). Effectiveness of LISTEN on loneliness, neuroimmunological stress response, psychosocial functioning, quality of life, and physical health measures of chronic illness. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(3), 242-251.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social behavior*, 145-159.

- Thoits, P. A. (1985). Social support and psychological well-being: Theoretical possibilities. In I.G. Sarason et al. (Eds.), *Social support: Theory, research and applications* (pp. 51-72). Seattle, WA: Martinus Nijhoff Publishers.
- Towhid, B., Reza, S., Farhad, B., Fatemeh, M., & Fraiba, S. (2016). Prevalence of depression, anxiety and stress disorders in elderly people residing in Khoy, Iran (2014-2015). *J Anal Res Clin Med*, 4(2), 122-128.
- Travis, T. (1998). *Psychiatry solving patient problem*. Madison: Fence Creek Publishing.
- Treacy, P., Butler, M., Byrne, A., Drennan, J., Fealy, G., Frazer, K., & Irving, K. (2004). *Loneliness and social isolation among older irish people*. National Council on Ageing and Older People.
- Urry, H. L., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation in older age. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 352-357.
- Wang, M., & Saudino, K. J. (2011). Emotion Regulation and Stress. *J Adult Dev*, 18, 95-103.
- Wei, X., & Wang, C. (2009). Research on the Contents and Structure of Social Support for Private Entrepreneurs. *Asian Social Science*, 5(2), 11-14.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wenger, G. C., & Burholt, V. (2004). Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area: A twenty-year longitudinal study. *Canadian Journal on Aging/la revue canadienne du vieillissement*, 23(02), 115-127.
- WHO. (2012). *DEPRESSION A Global Public Health Concern* [PDF document]. Retrieved from Lecture Notes Online Web site: http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf
- WHO. (2016). *Mental health and older adults* [Weblog]. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>
- Wijeratne, C., & Kwan, E. (2016). *Presentations of anxiety in older people*. Retrieved from <http://medicinetoday.com.au/sites/default/files/cpd/MT2016-12-034-KWAN.pdf>
- Wills, T. A. (1991). Social support and interpersonal relationships. *Prosocial behavior*, 265-289.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบวัดฉบับสมบูรณ์ที่ใช้เก็บข้อมูลในการวิจัย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบวัดความว่าเหว่

ตอนที่ 3 แบบวัดการกำกับอารมณ์

ตอนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 5 แบบวัดปัญหาทางด้านจิตใจ

ตอนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ

ชาย หญิง

2. อายุ ปี

3. สถานภาพสมรส

โสด สมรส หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่

4. อาศัยอยู่กับ

คนเดียว คู่สมรส ครอบครัว/ญาติพี่น้อง เพื่อน

อยู่กับครอบครัวและคู่สมรส/อยู่กับครอบครัวของคู่สมรส

5. อาชีพ

ผู้เกษียณอายุ ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

พนักงานเอกชน รับจ้างทั่วไป อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้ (บาท/เดือน)

น้อยกว่า 20,000 บาท

20,001 – 40,000 บาท

40,001 – 60,000 บาท

60,001 – 80,000 บาท

80,001 – 100,000 บาท

มากกว่า 100,000 บาท

7. ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านอยู่ระหว่างการพบจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาด้วยปัญหาทางสุขภาพจิตหรือไม่

เคย ไม่เคย

ตอนที่ 2:

คำชี้แจง ขอให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงในช่องคำตอบ โปรดตอบตามความเป็นจริงและตอบทุกข้อ โดยขอให้ท่านใช้เกณฑ์ต่อไปนี้

- | | | |
|---|---------|-------------------------------|
| 1 | หมายถึง | ไม่เคยรู้สึกเลย |
| 2 | หมายถึง | รู้สึกบ้างนาน ๆ ครั้ง |
| 3 | หมายถึง | รู้สึกบ่อย ๆ |
| 4 | หมายถึง | รู้สึกบ่อยมาก หรือรู้สึกประจำ |

ข้อที่	ข้อความ	1 ไม่เคยรู้สึก เลย	2 รู้สึกบ้าง นาน ๆ ครั้ง	3 รู้สึกบ่อย ๆ	4 รู้สึกบ่อย มาก/รู้สึก ประจำ
1	ฉันเข้ากับคนรอบข้างได้ดี				
2	ฉันรู้สึกว่าฉันไม่มีเพื่อน				
3	ฉันรู้สึกว่าไม่รู้จะหันหน้าไปหาใครดี				
4	ฉันรู้สึกเหมือนอยู่ตัวคนเดียว				
5	ฉันรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อน				
6	ฉันมีอะไรส่วนมากคล้ายกับคนรอบข้าง				
7	ฉันรู้สึกว่าฉันไม่สนิทสนมกับใครอีกแล้ว				
8	ความสนใจและความคิดของฉันไม่ตรงกับคนรอบข้าง				
9	ฉันอยากพบปะพูดคุยและผูกมิตรกับคนอื่น				
10	ฉันรู้สึกสนิทสนมกับคนอื่น				
11	ฉันรู้สึกถูกทอดทิ้ง				
12	ฉันรู้สึกว่าความสัมพันธ์ของฉันกับผู้อื่น ไม่มี ความหมาย				
13	ฉันรู้สึกว่าไม่มีใครรู้จักฉันจริง				
14	ฉันรู้สึกโดดเดี่ยว				

ข้อที่	ข้อความ	1 ไม่เคยรู้สึก เลย	2 รู้สึกบ้าง นานๆ ครั้ง	3 รู้สึกบ่อยๆ	4 รู้สึกบ่อย มาก/รู้สึก ประจำ
15	ฉันหาเพื่อนได้เมื่อฉันต้องการ				
16	ฉันรู้สึกว่ามีคนเข้าใจฉันจริง				
17	ฉันรู้สึกว่ามีคนอยู่รอบข้างฉัน แต่คนเหล่านั้นไม่เข้าใจฉัน				
18	ฉันมีคนที่สามารถหารื้อช่วยได้				
19	ฉันมีคนที่สามารถปรึกษาได้				
20	ฉันรู้สึกไม่อยากสูงส่งกับใคร				

ตอนที่ 3:

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ประกอบไปด้วยข้อคำถาม ที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ และการควบคุมอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตของท่าน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ และระบุว่าท่านเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยมากน้อยเพียงใดกับข้อความดังกล่าว **ขอให้ท่านตอบข้อคำถามตามความรู้สึกของท่านมากกว่าความคิดหรือความต้องการที่ท่านอยากให้เป็น** โดยใช้ “มาตร” นี้ ในการตอบข้อคำถามแต่ละข้อ

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

ไม่เห็นด้วยกับข้อความ
นั้นเป็นอย่างยิ่ง

เฉยๆ

เห็นด้วยกับข้อความนั้น
เป็นอย่างยิ่ง

เดิมเครื่องหมาย ล้อมรอบตัวเลขในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ระดับความรู้สึก						
1	เมื่อฉันอยากให้ตนเองมีอารมณ์ในทางบวก (เช่น สบายใจ สุขใจ) มากขึ้น ฉันจะเปลี่ยนความคิดที่ฉันมีอยู่	1	2	3	4	5	6	7
2	ฉันเก็บอารมณ์ความรู้สึกไว้กับตัวของตนเอง	1	2	3	4	5	6	7
3	เมื่อฉันต้องการให้อารมณ์ในทางลบ (เช่น เศร้าใจ โกรธ) ลดลงฉันจะเปลี่ยนความคิดที่ฉันมีอยู่	1	2	3	4	5	6	7
4	เมื่อฉันมีอารมณ์ทางบวก ฉันจะระวังที่จะไม่แสดงความรู้สึกนั้นออกมา	1	2	3	4	5	6	7
5	เมื่อฉันเผชิญกับสถานการณ์ตึงเครียด ฉันควบคุมตนเองให้คิดในทางที่ช่วยให้ฉันสงบ	1	2	3	4	5	6	7
6	ฉันควบคุมอารมณ์ต่าง ๆ ของฉัน โดยไม่แสดงออกมา	1	2	3	4	5	6	7
7	เมื่อฉันอยากให้ตนเองมีอารมณ์ทางบวกมากขึ้น ฉันเปลี่ยนวิธีคิดของฉันที่มีต่อสถานการณ์นั้น	1	2	3	4	5	6	7
8	ฉันควบคุมอารมณ์ของฉันด้วยการเปลี่ยนวิธีคิดของฉันที่มีต่อสถานการณ์ที่ฉันเผชิญอยู่	1	2	3	4	5	6	7
9	เมื่อฉันมีอารมณ์ทางลบ ฉันจะพยายามระวังที่จะไม่แสดงความรู้สึกนั้นออกมา	1	2	3	4	5	6	7
10	เมื่อฉันอยากให้ตนเองมีอารมณ์ทางลบให้ลดลง ฉันเปลี่ยนวิธีคิดของฉันที่มีต่อสถานการณ์นั้น	1	2	3	4	5	6	7

ตอนที่ 4:

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความด้านล่างต่อไปนี้ ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลอื่น ๆ ทำเพื่อท่าน โดยสิ่งนั้นอาจจะเป็นประโยชน์ หรือให้การสนับสนุนท่าน และพิจารณา **ประสบการณ์ของตัวท่านที่ผ่านมาจนถึง ณ ปัจจุบันซึ่งคำตอบของท่านไม่มี ผิด และไม่มีถูก**

ท่านสามารถใช้ข้อความด้านล่างนี้ ประกอบการตอบข้อความแต่ละข้อ

- | | | |
|---|---------|--|
| 1 | หมายถึง | ได้รับน้อยกว่าที่ฉันต้องการ |
| 2 | หมายถึง | ได้รับน้อยกว่าที่ฉันต้องการเล็กน้อย |
| 3 | หมายถึง | ได้รับเป็นบางครั้ง แต่ฉันต้องการมากกว่านี้ |
| 4 | หมายถึง | ได้รับเกือบเท่าที่ฉันต้องการ |
| 5 | หมายถึง | ได้รับมากเท่าที่ฉันต้องการ |

1-----2-----3-----4-----5
 ได้รับน้อยกว่าที่ฉัน ต้องการ ได้รับมากเท่าที่ฉัน ต้องการ

เติมเครื่องหมาย ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับประสบการณ์ของตัวท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	1-----2-----3-----4-----5
1	ฉันมีคนที่คอยห่วงใยเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นกับฉัน	1-----2-----3-----4-----5
2	ฉันได้รับความรักและความห่วงใย	1-----2-----3-----4-----5
3	ฉันมีโอกาสที่จะได้พูดคุยกับบุคคลอื่นถึงปัญหาต่าง ๆ เช่น เรื่องงาน หรือเรื่องต่าง ๆ ภายในบ้าน	1-----2-----3-----4-----5
4	ฉันมีโอกาสที่จะพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาส่วนตัวและครอบครัวกับบุคคลที่ฉันไว้วางใจ	1-----2-----3-----4-----5
5	ฉันมีโอกาสที่จะพูดคุยเกี่ยวกับด้านการเงิน	1-----2-----3-----4-----5
6	ฉันได้รับการชวนออกไปข้างนอกและทำสิ่งต่าง ๆ ร่วมกับผู้อื่น	1-----2-----3-----4-----5
7	ฉันได้รับคำแนะนำที่มีประโยชน์เกี่ยวกับสิ่งสำคัญต่าง ๆ ในชีวิต	1-----2-----3-----4-----5
8	ฉันได้รับการช่วยเหลือเมื่อฉันป่วยหนัก	1-----2-----3-----4-----5

ตอนที่ 5:

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความด้านล่าง แล้วทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบ 0 1 2 หรือ 3 เพื่อวัดความรู้สึกของท่านใน
 สัปดาห์ที่ผ่านมา ข้อความเหล่านี้ไม่มีคำตอบที่ผิดหรือถูก ฉะนั้นท่านไม่จำเป็นต้องใช้เวลานานในการพิจารณาข้อความ
 โดยขอให้ท่านใช้เกณฑ์ต่อไปนี้

0	หมายถึง	ไม่เคยเกิดขึ้นเลย
1	หมายถึง	เกิดขึ้นในบางครั้ง
2	หมายถึง	เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย
3	หมายถึง	เกิดขึ้นบ่อยมากหรือเกือบตลอดเวลา

	ข้อความ	มาตรวัดระดับ
1	ฉันรู้สึกว่าการสงบสติอารมณ์ทำได้ยาก	0 1 2 3
2	ฉันมีอาการปากแห้ง	0 1 2 3
3	ฉันรู้สึกว่าฉันไม่เคยมีความรู้สึกในแง่บวกเลย	0 1 2 3
4	ฉันประสบปัญหาการหายใจลำบาก (เช่น หายใจเร็ว หายใจติดขัด)	0 1 2 3
5	ฉันพบว่าอาการที่จะเริ่มต้นทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นเรื่องยาก	0 1 2 3
6	ฉันมีอาการแสดงออกเกินจริงในบางสถานการณ์	0 1 2 3
7	ฉันมีอาการสั่นกั้ว (เช่น มือสั่น)	0 1 2 3
8	ฉันใช้พลังไปกับการวิตกกังวลมาก	0 1 2 3
9	ฉันรู้สึกกังวลใจเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่อาจทำให้ฉันตื่นตระหนก และเป็นเหตุให้ฉันทำอะไรผิดพลาดลงไป	0 1 2 3
10	ฉันรู้สึกว่า ฉันไม่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต	0 1 2 3
11	ฉันมีความรู้สึกกระวนกระวายใจตลอดเวลา	0 1 2 3
12	ฉันรู้สึกว่า การผ่อนคลายทำได้ยาก	0 1 2 3
13	ฉันมีความรู้สึกเหมือนโลกมืดมน ไม่มีความหวัง	0 1 2 3
14	ฉันทนไม่ได้ ถ้ามีสิ่งใดมาขัดจังหวะในขณะที่ฉันกำลังทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งอยู่	0 1 2 3
15	ฉันเป็นคนหวาดกลัว ตื่นตระหนกง่าย	0 1 2 3

	ข้อความ	มาตรวัดระดับ
16	ฉันไม่มีความกระตือรือร้นในสิ่งต่าง	0 1 2 3
17	ฉันรู้สึกว่าคุณเป็นคนไม่มีคุณค่า	0 1 2 3
18	ฉันรู้สึกว่า ฉันเป็นคนโง่งาย	0 1 2 3
19	ฉันรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงของจังหวะการเต้นของหัวใจ (เช่น หัวใจเต้นเร็ว, เต้นผิดจังหวะ)	0 1 2 3
20	ฉันรู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผล	0 1 2 3
21	ฉันรู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย	0 1 2 3

ตารางที่ ก 1

ข้อกระทงแบบวัดการกำกับอารมณ์ จำแนกตามรูปแบบการกำกับอารมณ์

การกำกับอารมณ์	ข้อกระทงข้อที่
การกำกับอารมณ์โดยการประเมินความคิดใหม่	1, 3, 5, 7, 8, 10
การกำกับอารมณ์โดยการยับยั้งการแสดงออก	2, 4, 6, 9

ตารางที่ ก 2

ข้อกระทงแบบวัดปัญหาทางด้านจิตใจ จำแนกรายด้าน

ปัญหาทางด้านจิตใจ	ข้อกระทงข้อที่
ภาวะซึมเศร้า	3, 5, 10, 13, 16, 17, 21
ความวิตกกังวล	2, 4, 7, 9, 15, 19, 20
ความเครียด	1, 6, 8, 11, 12, 14, 18

ภาคผนวก ข

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของมาตรวัดที่ใช้ในการวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของมาตรฐานที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต็มพันธ์
อาจารย์ประจำคณะจิตวิทยา
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. อาจารย์ ดร.พนิตา เสือวรรณศรี
อาจารย์ประจำคณะจิตวิทยา
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. อาจารย์สรวิศ รัตนชาติชูชัย
อาจารย์ประจำคณะจิตวิทยา
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

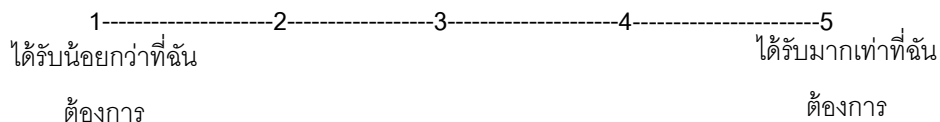
มาตรวัด (สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ)

แบบวัด Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire พัฒนาโดย Broadhead, Gehlbach, Gruy & Kaplan (1998) มีข้อคำถามทั้งสิ้น 8 ข้อ

ขอให้ท่านอ่านข้อคำถามด้านล่างต่อไปนี้ และพิจารณา ประสบการณ์ของท่านที่ผ่านมาจนถึง ณ ปัจจุบัน ซึ่งคำตอบของท่านไม่มีผิด และไม่มีถูก

ท่านสามารถใช้ข้อความด้านล่างนี้ ประกอบการตอบข้อคำถามแต่ละข้อ

- 1 = ได้น้อยกว่าที่ฉันต้องการ
- 2 = ได้น้อยกว่าที่ฉันต้องการเล็กน้อย
- 3 = ได้เป็นบางครั้ง แต่ฉันต้องการมากกว่านี้
- 4 = ได้เกือบเท่าที่ฉันต้องการ
- 5 = ได้มากเท่าที่ฉันต้องการ



เติมเครื่องหมาย / ในช่องว่างที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อที่	I get...	ข้อความ	1 เหมาะสม	0 ไม่แน่ใจ	-1 ไม่เหมาะสม	ความเห็น
1	people who care what happens to me	1.1 ฉันมีคนที่คอยห่วงใยเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นกับฉัน				
		1.2 เมื่อมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้น ฉันมีคนที่คอยห่วงใย				
2	love and affection	2.1 ฉันได้รับความรักและความห่วงใย				
		2.2 มีคนรักและห่วงใยฉัน				
3	chances to talk to someone about problems at work or with my housework	3.1 ฉันมีโอกาสนี้จะได้พูดคุยกับบุคคลอื่นถึงปัญหาต่าง ๆ เช่น เรื่องงาน หรือเรื่องต่าง ๆ ภายในบ้าน				
		3.2 บุคคลอื่นรับฟังปัญหาต่าง ๆ ของฉัน เช่น เรื่องงาน หรือเรื่องต่าง ๆ ภายในบ้าน				

4	chances to talk to someone I trust about my personal and family problems	4.1 ฉันมีโอกาที่จะพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาส่วนตัวและครอบครัวกับบุคคลที่ฉันไว้วางใจ				
		4.2 มีบุคคลที่ฉันไว้วางใจให้พูดคุยเกี่ยวกับปัญหาส่วนตัวและครอบครัวได้				
5	chances to talk about money matters	5.1 ฉันมีโอกาที่จะพูดคุยเกี่ยวกับด้านการเงิน				
		5.2 มีคนรับฟังฉันเกี่ยวกับด้านการเงิน				
6	invitations to go out and do things with other people	6.1 ฉันได้รับการชวนออกไปข้างนอกและทำสิ่งต่าง ๆ ร่วมกับผู้อื่น				
		6.2 ผู้อื่นชวนฉันออกไปข้างนอกและทำสิ่งต่าง ๆ ร่วมกัน				
7	useful advice about important things in life	7.1 ฉันได้รับคำแนะนำที่มีประโยชน์เกี่ยวกับสิ่งสำคัญต่าง ๆ ในชีวิต				
		7.2 มีคนคอยให้คำแนะนำที่มีประโยชน์เกี่ยวกับสิ่งสำคัญในชีวิตของฉัน				
8	help when I'm sick in bed	8.1 ฉันได้รับการช่วยเหลือเมื่อฉันป่วยหนัก				
		8.2 มีคนช่วยเหลือฉันเมื่อฉันป่วยหนัก				

ภาคผนวก ค

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตารางที่ ค 1

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อความแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อความข้ออื่นของแบบวัดความ
 ว่างเหว (N = 35)

ข้อที่	ข้อความ	CITC
1	ฉันเข้ากับคนรอบข้างได้ดี	.419
2	ฉันรู้สึกว่าคุณไม่มีเพื่อน	.655
3	ฉันรู้สึกว่าไม่รู้จะหันหน้าไปหาใครดี	.545
4	ฉันรู้สึกเหมือนอยู่ตัวคนเดียว	.714
5	ฉันรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อน	.436
6	ฉันมีอะไรส่วนมากคล้ายกับคนรอบข้าง	.368
7	ฉันรู้สึกว่าฉันไม่สนิทสนมกับใครอีกแล้ว	.555
8	ความสนใจและความคิดของฉันไม่ตรงกับคนรอบข้าง	.611
9	ฉันอยากพบปะพูดคุยและผูกมิตรกับคนอื่น	.294
10	ฉันรู้สึกสนิทสนมกับคนอื่น	.584
11	ฉันรู้สึกถูกทอดทิ้ง	.709
12	ฉันรู้สึกว่าความสัมพันธ์ของฉันกับผู้อื่น ไม่มีความหมาย	.543
13	ฉันรู้สึกว่าไม่มีใครรู้จักฉันจริง	.613
14	ฉันรู้สึกโดดเดี่ยว	.681
15	ฉันหาเพื่อนได้เมื่อฉันต้องการ	.399
16	ฉันรู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจฉันจริง	.637
17	ฉันรู้สึกว่าไม่มีใครอยู่รอบข้างฉัน แต่คนเหล่านั้นไม่เข้าใจฉัน	.472
18	ฉันมีคนที่สามารถหารีช่วยได้	.554
19	ฉันมีคนที่สามารถปรึกษาได้	.603
20	ฉันรู้สึกไม่อยากสูงส่งกับใคร	.488
	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alphas)	.91

หมายเหตุ $p < .05$

ตารางที่ ค 2

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อความแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อความข้ออื่นของแบบวัดการ
กำกับอารมณ์ (N = 35)

ข้อที่	ข้อความ	CITC
การกำกับอารมณ์โดยการประเมินความคิดใหม่ ($\alpha = .73$)		
1	เมื่อฉันอยากให้ตนเองมีอารมณ์ในทางบวก (เช่น สบายใจ สุขใจ) มากขึ้น ฉันจะเปลี่ยนความคิดที่ฉันมีอยู่	.517
3	เมื่อฉันต้องการให้อารมณ์ในทางลบ (เช่น เศร้าใจ โกรธ) ลดลงฉันจะเปลี่ยนความคิดที่ฉันมีอยู่	.440
5	เมื่อฉันเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียด ฉันควบคุมตนเองให้คิดในทางที่ช่วยให้ฉันสงบ	.251
7	เมื่อฉันอยากให้ตนเองมีอารมณ์ทางบวกมากขึ้น ฉันเปลี่ยนวิธีคิดของฉันที่มีต่อสถานการณ์นั้น	.626
8	ฉันควบคุมอารมณ์ของฉันด้วยการเปลี่ยนวิธีคิดของฉันที่มีต่อสถานการณ์ที่ฉันเผชิญอยู่	.693
10	เมื่อฉันอยากให้ตนเองมีอารมณ์ทางลบให้ลดลง ฉันเปลี่ยนวิธีคิดของฉันที่มีต่อสถานการณ์นั้น	.508
การกำกับอารมณ์โดยการยับยั้งการแสดงออก ($\alpha = .73$)		
2	ฉันเก็บอารมณ์ความรู้สึกไว้กับตัวของฉันเอง	.636
4	เมื่อฉันมีอารมณ์ทางบวก ฉันจะระวังที่จะไม่แสดงความรู้สึกนั้นออกมา	.469
6	ฉันควบคุมอารมณ์ต่าง ๆ ของฉัน โดยไม่แสดงออกมา	.355
9	เมื่อฉันมีอารมณ์ทางลบ ฉันจะพยายามระวังที่จะไม่แสดงความรู้สึกนั้นออกมา	.336

หมายเหตุ $p < .05$

ตารางที่ ค 3

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามข้ออื่นของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (N = 35)

ข้อที่	ข้อคำถาม	CITC
1	ฉันมีคนที่คอยห่วงใยเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นกับฉัน	.645
2	ฉันได้รับความรักและความห่วงใย	.522
3	ฉันมีโอกาสที่จะได้พูดคุยกับบุคคลอื่นถึงปัญหาต่าง ๆ เช่น เรื่องงาน หรือเรื่องต่าง ๆ ภายในบ้าน	.656
4	ฉันมีโอกาสที่จะพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาส่วนตัวและครอบครัวกับบุคคลที่ฉันไว้วางใจ	.713
5	ฉันมีโอกาสที่จะพูดคุยเกี่ยวกับด้านการเงิน	.784
6	ฉันได้รับการชวนออกไปข้างนอกและทำสิ่งต่าง ๆ ร่วมกับผู้อื่น	.402
7	ฉันได้รับคำแนะนำที่มีประโยชน์เกี่ยวกับสิ่งสำคัญต่าง ๆ ในชีวิต	.590
8	ฉันได้รับการช่วยเหลือเมื่อฉันป่วยหนัก	.686
	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alphas)	.89

หมายเหตุ $p < .05$

ตารางที่ ค 4

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อความแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อความข้ออื่นของแบบวัด
ปัญหาทางจิตใจ (N = 35)

	ข้อความ	CITC
ด้านภาวะซึมเศร้า ($\alpha = .68$)		
3	ฉันรู้สึกว่าฉันไม่เคยมีความรู้สึกในแง่บวกเลย	.231
5	ฉันพบว่าการที่จะเริ่มต้นทำอะไรสิ่งหนึ่งเป็นเรื่องยาก	.316
10	ฉันรู้สึกว่า ฉันไม่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต	.490
13	ฉันมีความรู้สึกเหมือนโลกมืดมน ไม่มีความหวัง	.679
16	ฉันไม่มีความกระตือรือร้นในสิ่งต่าง	.203
17	ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนไม่มีคุณค่า	.466
21	ฉันรู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย	.632
ด้านความวิตกกังวล ($\alpha = .68$)		
2	ฉันมีอาการปากแห้ง	.339
4	ฉันประสบปัญหาการหายใจลำบาก (เช่น หายใจเร็ว หายใจติดขัด)	.510
7	ฉันมีอาการสั่นกลัว (เช่น มือสั่น)	.425
9	ฉันรู้สึกกังวลใจเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่อาจทำให้ฉันตื่นตระหนก และเป็นเหตุให้ฉันทำอะไรผิดพลาดลงไป	.319
15	ฉันเป็นคนหวาดกลัว ตื่นตระหนกง่าย	.300
19	ฉันรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงของจังหวะการเต้นของหัวใจ (เช่น หัวใจเต้นเร็ว, เต้นผิดจังหวะ)	.325
20	ฉันรู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผล	.421
ด้านความเครียด ($\alpha = .78$)		
1	ฉันรู้สึกว่า การสงบสติอารมณ์ทำได้ยาก	.397
6	ฉันมีอาการแสดงออกเกินจริงในบางสถานการณ์	.355
8	ฉันใช้พลังไปกับการวิตกกังวลมาก	.392
11	ฉันมีความรู้สึกกระวนกระวายใจตลอดเวลา	.717
12	ฉันรู้สึกว่า การผ่อนคลายทำได้ยาก	.613
14	ฉันทนไม่ได้ ถ้ามีสิ่งใดมาขัดจังหวะในขณะที่ฉันกำลังทำอะไรสิ่งหนึ่งอยู่	.565
18	ฉันรู้สึกว่า ฉันเป็นคนไม่โง่งาย	.454

หมายเหตุ $p < .05$

ประวัติผู้วิจัย

นางสาวโชติกา จันทร์ลาวัลย์ เกิดเมื่อวันที่ 3 มิถุนายน พ.ศ. 2537 ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาที่โรงเรียนสุราษฎร์ธานี ปัจจุบันกำลังศึกษาในระดับชั้นปริญญาตรี คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2559

สามารถติดต่อได้ที่ : kikkikchotika@gmail.com

นางสาวนภัสธนกรณ์ วรภัทรพูนสุข เกิดเมื่อวันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2537 ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาที่โรงเรียนจุฬาภรณราชวิทยาลัย ตรัง ปัจจุบันกำลังศึกษาในระดับชั้นปริญญาตรี คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2559

สามารถติดต่อได้ที่ : bewnaphat@gmail.com

นางสาวพิมลนาฏ จันทร์กลิ่น เกิดเมื่อวันที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2537 ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาที่โรงเรียนจุฬาภรณราชวิทยาลัย ตรัง ปัจจุบันกำลังศึกษาในระดับชั้นปริญญาตรี คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2559

สามารถติดต่อได้ที่ : pangpangphi@gmail.com