



ปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อ
ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช
Psychosocial Factors, Perception and Social Support Affecting
Depression in the Elderly in Nakhon Si Thammarat Province

ฐิติรัตน์ ช่างทอง
Thitirat Changthong

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Art in Human and Social Development
Prince of Songkla University
2564

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อ
ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช
Psychosocial Factors, Perception and Social Support Affecting
Depression in the Elderly in Nakhon Si Thammarat Province

ฐิติรัตน์ ช่างทอง
Thitirat Changthong

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Art in Human and Social Development
Prince of Songkla University
2564

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า
 ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผู้เขียน นางสาวฐิติรัตน์ ช่างทอง

สาขาวิชา พัฒนามนุษย์และสังคม

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
 (รองศาสตราจารย์ ดร.เกษตรชัย และหิมา)

.....ประธานกรรมการ
 (รองศาสตราจารย์ ฌนอมศรี อินทนนท์)

.....กรรมการ
 (รองศาสตราจารย์ ดร.วันชัย ธรรมสังการ)

.....กรรมการ
 (รองศาสตราจารย์ ดร.ปัญญา เทพสิงห์)

.....กรรมการ
 (รองศาสตราจารย์ ดร.เกษตรชัย และหิมา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วนหนึ่ง
 ของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม

.....
 (ศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้ารุ่งแสง)
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.เกษรชัย และหีม)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวฐิติรัตน์ ช่างทอง)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวฐิติรัตน์ ช่างทอง)

นักศึกษา

| | |
|-----------------|---|
| ชื่อวิทยานิพนธ์ | ปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช |
| ผู้เขียน | นางสาวฐิติรัตน์ ช่างทอง |
| สาขาวิชา | พัฒนามนุษย์และสังคม |
| ปีการศึกษา | 2564 |

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช 3) เพื่อศึกษาปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้ระเบียบการวิจัยเชิงปริมาณ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามกับผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 240 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมอาร์เพื่อหาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้น

ผลการวิจัยมีดังนี้

1) ผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 1.40$, $S.D = 0.36$)

2) การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ($r = 0.35$) ความไม่พึงพอใจในชีวิต ($r = 0.30$) การรับรู้ว่าการช่วยเหลือจากครอบครัว ($r = 0.24$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ความไม่มีความสุขทางจิตวิญญาณ ($r = 0.20$) การรับรู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร ($r = 0.20$) การรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ ($r = 0.19$) ทักษะคติเชิงลบต่อความตาย ($r = 0.18$) การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.15$) การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ ($r = 0.15$) การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา ($r = 0.14$) และการไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน ($r = 0.13$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ทางสถิติที่ระดับ .01 มีทั้งหมด 5 ตัวแปร คือ การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ด้านความไม่มีความสุขทางจิตวิญญาณ

การรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา โดยการไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา ($\beta=0.108$) ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุสูงสุด รองลงมาคือ การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta=0.101$) ความไม่พอใจทางจิตวิญญาณ ($\beta=0.080$) การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ($\beta=0.075$) การรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ ($\beta=0.072$)

| | |
|----------------------|---|
| Thesis Title | Psychosocial Factors, Perception and Social Support Affecting Depression in the Elderly in Nakhon Si Thammarat Province |
| Author | Miss Thitirat Changthong |
| Major Program | Human and Social Development |
| Academic Year | 2021 |

ABSTRACT

The objectives of this research were to study 1) To study the depression level of the elderly of Nakhon Si Thammarat Province 2) To study the relationship between psychosocial factors, perception and social support related to depression of the elderly of Nakhon Si Thammarat Province and 3) To study psychosocial factors, perception and social support affecting depression of the elderly of Nakhon Si Thammarat Province. The data were collected from relevant documents and questionnaires from the field by collecting data from the sample by using a multi-stage randomization. The data were collected from 240 participants and analyzed Pearson correlation and multiple regression. The results of the research were as follows.

1) The elderly in Nakhon Si Thammarat province had a mean of moderate depression (Mean = 1.40).

2) The lack of self-esteem, the life dissatisfaction, the perception of lack of family support was positively correlated with depression among the elderly. The spiritual discomfort, the perception of inability to perform routine, the perception of inability to maintain physical, attitude. the negative to death, the lack of information support there was a statistically significant positive correlation with depression among the elderly. and the lack of support for medical services, the lack of support for studies services and the lack of income and work support were statistically significantly associated with depression among the elderly of Nakhon Si Thammarat Province.

3) Five statistically significant factors affecting Depression of the elderly Nakhon Si Thammarat Province: The lack of self-esteem (X1), the spiritual discomfort (X2),

the perceptions of inability to care for health (X6), the lack of health information support (X8), the lack of support for educational services (X10).

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยการอนุเคราะห์เป็นอย่างดีจาก รองศาสตราจารย์ ดร.เกษตรชัย และทีม อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้ให้ความเมตตากรุณาคำแนะนำ ความรู้ การช่วยเหลือ อบรม คำปรึกษาที่ และส่งเสริมทัศนคติ แนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำงานวิจัย เป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยก้าวข้าม อุปสรรคตลอดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย กระทั่งการแก้ไขข้อบกพร่องความผิดพลาดต่าง ๆ และ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านของคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้อบรมความรู้ คำแนะนำแนวทางที่ดีเพื่อให้ผู้วิจัยมองเห็นถึงประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ขอขอบพระคุณประธานกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ ถนอมศรี อินทนนท์ และกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ วันชัย สัจธรรมการ และ รองศาสตราจารย์ ปัญญา เทพสิงห์ ที่ได้ คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขงานวิจัย ให้มีความละเอียดรอบคอบ เต็มเต็มส่วนที่ขาด หายไปให้สมบูรณ์แบบมากยิ่งขึ้น เพื่อพัฒนาให้งานวิจัยในครั้งนี้สามารถสำเร็จได้อย่างสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ คุณก้านภา เกื้อสังข์ เลขาธิการสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย จังหวัด นครศรีธรรมราช, ชมรมผู้สูงอายุบ้านท่าเรือ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล ได้แก่ รพ.สต.บ้านสาขา รพ.สต.บ้านสระเพลง รพ.สต.บ้านยางยวน รพ.สต.บ้านท่าเนียบ รพ.สต.บ้านควนसान และรพ.สต.บ้านใต้ อีกทั้งองค์การบริหารส่วนตำบลบางจากและองค์การบริหารส่วนตำบลท่าซัน ที่ได้มอบ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุเพื่อทำการติดต่อและขอลงพื้นที่เก็บข้อมูลอันเป็นประโยชน์ ที่สำคัญอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งได้ให้ความร่วมมือและความ ช่วยเหลือ ความเมตตา ความเอ็นดูในการเก็บข้อมูลแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีมาโดยตลอด เปิดวิสัยทัศน์มุมมอง เรื่องราวเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น โดยได้มอบข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางช่วยเหลือ ผู้สูงอายุให้เป็นบุคคลที่มีความสำคัญแก่สังคมต่อไป ขอขอบคุณ พี่นุ้ง นางวาสนา วงศ์ชนะ ที่คอยให้การ ช่วยเหลือด้านการประสานงานต่าง ๆ ข้อมูลที่จำเป็นต่อการศึกษาเป็นอย่างดีมาโดยตลอด และรวมถึง กำลังใจและมิตรภาพ ความรัก ความห่วงใยที่ดีจาก พี่ ๆ และเพื่อน พมส.15 ทุกคน

ขอขอบคุณกำลังใจอันยิ่งใหญ่ ที่จุดประกายความสำเร็จให้ลูกโซ่ในทุก ๆ ครั้ง คือ คุณแม่ คุณพ่อ พี่ชาย พร้อมคำเป็นห่วง คำแนะนำที่ดี คอยส่งเสริมและพร้อมสนับสนุนผู้วิจัยนำไปสู่ความสำเร็จ รวมถึงเป็นรอยยิ้มคอยเติมเต็มทุกแรงกำลังใจ ท้ายที่สุดขอขอบคุณทุกคนสำหรับกำลังใจและการ สนับสนุนส่งเสริมผลักดันให้ข้าพเจ้าได้มีเวลาสำหรับการจัดทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ฐิติรัตน์ ช่างทอง

สารบัญ

| | หน้า |
|------------------------------------|------|
| บทคัดย่อ | (6) |
| ABSTRACT | (8) |
| กิตติกรรมประกาศ | (10) |
| สารบัญ | (11) |
| รายงานภาพประกอบ | (14) |
| หนังสือตอบรับบทความวิชาการ | (16) |
| บทนำ | 1 |
| คำถามวิจัย | 9 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย | 10 |
| สมมติฐานการวิจัย | 10 |
| ประโยชน์ของการวิจัย | 10 |
| นิยามศัพท์เฉพาะ | 11 |
| วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 13 |
| 1. ผู้สูงอายุ..... | 13 |
| 2. ภาวะซึมเศร้า..... | 18 |
| 3. ปัจจัยจิตสังคม..... | 22 |
| 4. ปัจจัยการรับรู้..... | 30 |
| 5. ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม..... | 38 |
| 6. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย..... | 47 |
| วิธีการดำเนินการวิจัย | 47 |
| 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... | 48 |
| 2 เครื่องมือในการวิจัย..... | 49 |
| 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 53 |

| | |
|---|-----|
| 4. การวิเคราะห์ข้อมูล | 54 |
| 5. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง | 54 |
| ผลการวิจัย | 55 |
| 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง | 55 |
| 2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช | 58 |
| 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช | 59 |
| 4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช..... | 61 |
| ข้อเสนอแนะการวิจัย | 75 |
| 1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย..... | 75 |
| 2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป | 78 |
| บรรณานุกรม | 79 |
| ภาคผนวก | 93 |
| ภาคผนวก ก ตารางความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยการสนับสนุนทาง สังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช | 94 |
| ภาคผนวก ข แบบสอบถามการวิจัย | 101 |
| ภาคผนวก ค เอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | 113 |
| ภาคผนวก ง บทความประชุมวิชาการ..... | 115 |
| ภาคผนวก จ บทความตีพิมพ์วารสาร | 125 |
| ประวัติผู้วิจัย | 174 |

รายการตาราง

| ตารางที่ | | หน้า |
|----------|--|------|
| 1 | ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง..... | 55 |
| 2 | ข้อมูลของปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคม..... | 57 |
| 3 | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช..... | 58 |
| 4 | ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช..... | 59 |
| 5 | รูปแบบทั้งหมดของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช..... | 61 |
| 6 | รูปแบบสุดท้ายของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช..... | 63 |
| 7 | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการไม่เห็นคุณค่าในตนเอง..... | 95 |
| 8 | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความไม่พอใจทางจิตวิญญาณ..... | 95 |
| 9 | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความไม่พึงพอใจในชีวิต..... | 96 |
| 10 | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติเชิงลบต่อความตาย..... | 96 |
| 11 | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร..... | 97 |
| 12 | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ..... | 97 |
| 13 | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ว่าการช่วยเหลือจากครอบครัว | 97 |
| 14 | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการไม่รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร..... | 98 |
| 15 | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการไม่ได้รับการสนับสนุน การบริการการแพทย์..... | 99 |
| 16 | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการไม่ได้รับการสนับสนุน การบริการการศึกษา..... | 99 |
| 17 | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการไม่ได้รับการสนับสนุน รายได้และการทำงาน..... | 100 |

รายงานภาพประกอบ

| ภาพที่ | | หน้า |
|--------|---------------------------------|------|
| 1 | กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย..... | 47 |

รายการผลงานที่ตีพิมพ์และการประชุมวิชาการ

ฐิติรัตน์ ช่างทอง และ เกษตรชัย และหีม. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา*, 3(1), 84-114.

ฐิติรัตน์ ช่างทอง และ เกษตรชัย และหีม. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสาร มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา*, 17(2), XXX-XXX

ฐิติรัตน์ ช่างทอง และเกษตรชัย และหีม. (2564). ปัจจัยจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช. งานประชุมวิชาการระดับชาติทางศิลปศาสตร์ประยุกต์ ครั้งที่ 10. 13 สิงหาคม 2564

หนังสือตอบรับบทความวิชาการ



ที่ อว ๐๖๓๙.๐๘/๕๙๙

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
อำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา
๙๐๐๐๐

๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๔

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาบทความ

เรียน คุณจิตติรัตน์ ช่างทอง

ตามที่ท่านได้ส่งบทความ เรื่อง **ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช** เพื่อขอรับการพิจารณาบทความจากกองบรรณาธิการวารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา นั้น

กองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาบทความดังกล่าวแล้ว เห็นควรตีพิมพ์ในวารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๑ เดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.รัชพงษ์ ชัยวาลย์)

บรรณาธิการ วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

โทร. ๐ ๗๕๒๖ ๐๒๖๒

โทรสาร ๐ ๗๕๒๖ ๐๒๖๓

ผู้ประสานงาน นางกิตติยารรณ ขวัญคง โทร. ๐๙ ๘๔๘๔ ๙๒๐๒



หนังสือรับรองการตีพิมพ์บทความลงในวารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

ขอรับรองว่าบทความเรื่อง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors with to Elderly Depression Nakhon Si Thammarat Province

โดย

ฐิติรัตน์ ช่างทอง และ เกษตรชัย และหิม

ได้ผ่านการประเมินจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตีพิมพ์
ในวารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๑ มกราคม - มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(อาจารย์ ดร.รัชพงษ์ ชัยวาลย์)

บรรณาธิการ วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

ที่ อว ๐๖๓๘.๐๓/ ๑๓๕

มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ๙๕๐๐๐

๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

เรื่อง ตอบรับลงตีพิมพ์

เรียน คุณฐิติรัตน์ ช่างทอง และคุณเกษตรชัย และทีม

ตามที่ท่านได้ส่งบทความวิจัย รหัสบทความ MS ๓๒/๖๔ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช (The Relationship Among Psychosocial Factors, Perception Factors and Social Support Factors Among the Depression of the Elderly in Nakhon Si Thammarat Province)” มาให้กองบรรณาธิการวารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา พิจารณาลงตีพิมพ์เผยแพร่ นั้น

บัดนี้ กองบรรณาธิการฯ ขอเรียนให้ท่านทราบว่า บทความวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้ทรงคุณวุฒิให้สามารถรับลงตีพิมพ์ได้ในวารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลาปีที่ ๑๗ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๖๕ กองบรรณาธิการฯ ขอขอบคุณท่านที่ได้ส่งผลงานที่มีคุณภาพมารับการพิจารณาลงตีพิมพ์ในวารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา และหวังว่าท่านจะส่งผลงานในลักษณะดังกล่าวมาให้กองบรรณาธิการฯ พิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่อีกในโอกาสหน้า

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิไลวัลย์ แก้วตาทิพย์)
บรรณาธิการวารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
สถาบันวิจัยและพัฒนาชายแดนภาคใต้
มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
โทร. ๐๗๓-๒๕๙-๖๓๔

หนังสือตอบรับบทความประชุมวิชาการ

ที่ อว7029/217



คณะศิลปศาสตร์
สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
เลขที่ 1 ซอยฉลองกรุง 1 แขวงลาดกระบัง
เขตลาดกระบัง กรุงเทพฯ 10520

21 กรกฎาคม 2564

เรื่อง ตอบรับการนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการระดับชาติทางศิลปศาสตร์ประยุกต์ ครั้งที่ 10

เรียน คุณฐิติรัตน์ ช่างทอง และ คุณเกษตรชัย และทีม

ตามที่ท่านได้เสนอบทความฉบับตีพิมพ์ ซึ่งผ่านการแก้ไขตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อเข้าร่วมนำเสนอในการประชุมวิชาการระดับชาติทางศิลปศาสตร์ประยุกต์ ครั้งที่ 10 นั้น

คณะกรรมการฝ่ายวิชาการขอแจ้งให้ทราบว่าบทความ เรื่อง **“ปัจจัยจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช”** รหัสบทความ Phy-01 ของ คุณฐิติรัตน์ ช่างทอง และ คุณเกษตรชัย และทีม สามารถนำเสนอในการประชุมวิชาการระดับชาติทางศิลปศาสตร์ประยุกต์ ครั้งที่ 10 ในวันศุกร์ที่ 13 สิงหาคม พ.ศ. 2564

ทั้งนี้ท่านสามารถชำระเงินและลงทะเบียนภายในวันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 โดยสแกน QR-Code หรือพิมพ์ลิงค์ <https://forms.gle/MQOZBy8PaTKJgggi7>



ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.จาริณี จันทร์ศรี)

รักษาการแทนรองคณบดีกำกับดูแลงานด้านบริหารวิชาการ
คณะศิลปศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

สำนักงานคณบดีคณะศิลปศาสตร์
โทรศัพท์ 0-2329 8000 ต่อ 3761, 084-545 8778

บทนำ

การเปลี่ยนของสถานการณ์และสังคมในปัจจุบันมีผลต่อกระทบต่อการเปลี่ยนทางด้านร่างกายและด้านจิตใจได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีเหตุการณ์ใด ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกหรือจิตใจอย่างมากก็อาจทำให้เกิดภาวะทางจิตหรือก่อเกิดเป็นโรคทางจิตใจ ที่เรียกกันว่า ภาวะซึมเศร้า โดยจะรู้สึกแยกกับตัวเอง เศร้า หงุดหงิดหรือสิ้นหวัง เหนื่อยล้า ไม่ค่อยมีเรี่ยวแรง ไม่สนใจหรือมีความสุขเวลาทำอะไร นอนหลับยากหรือนอนมากเกินไป เบื่ออาหารมากกว่าปกติ พุดหรือทำอะไรเชิงซ้ำหรือมีอาการกระวนกระวายมาก และหากขั้นรุนแรงก็อาจคิดอยากตายหรืออยากทำร้ายตัวเอง ซึ่งหากมีอาการ 5 ข้อขึ้นไปเป็นระยะเวลาานานกว่า 2 สัปดาห์ แสดงว่ากำลังตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า (สถาบันจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์) ในขณะที่เดียวกันที่ นพ.เจษฎา โชคดำรงสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวว่า องค์การอนามัยโลก ได้มีการคาดการณ์ว่าในปี 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะสูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจหลอดเลือด ซึ่งวัดจากปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรคและการบาดเจ็บของประชากร (Disability-Adjusted Life Years-DALYs) จากปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย จึงได้พยายามแก้ปัญหาดังกล่าว โดยกรมสุขภาพจิตที่ได้มีการให้ความรู้แก่ประชาชนรวมถึงการเพิ่มบริการต่าง ๆ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 50 โดยเร่งให้ความรู้ประชาชน ครอบครัว เพื่อให้สามารถสังเกตอาการและเฝ้าระวังอาการทั้งตนเองและผู้ใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุ วัยรุ่น ผู้มีโรคประจำตัว เพื่อส่งเข้ารับคำปรึกษากับเจ้าหน้าที่ นักจิตวิทยา หรือจิตแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน (ไทยพีบีเอส, 2560)

อาการภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ชนิดหนึ่ง โดยอาการหลัก ๆ คือ รู้สึกเบื่อหน่ายและเศร้า หรือทั้งสองอย่าง จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 33 (รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ, 2556)

สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทยจากผลสำรวจระหว่างวันที่ 1 – 2 เมษายน 2562 ของ นิต้าโพล ร่วมกับ ศูนย์วิจัยสังคมสูงอายุ สำรวจความคิดเห็นในเรื่องของ ผู้สูงอายุไทยซึมเศร้าหรือไม่ โดยวัดจากผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป กระจายจากทุกภูมิภาค จำนวน 1,265 หน่วยตัวอย่าง กำหนดความเชื่อมั่น ร้อยละ 95.0 พบว่า 71.54 % ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า รองลงมา 17.00 % พบว่ามีความผิดปกติ แต่ไม่มีภาวะซึมเศร้า 9.09 % พบว่ามีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 1.74 % มีภาวะซึมเศร้า

ปานกลาง และ 0.63 % มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (นิต้าโพล, 2562) แม้ว่าผลการสำรวจจะมีทิศทางไปในทางที่ดี แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า ผู้สูงอายุที่อยู่รอบข้างกายตัวเราจะไม่มีอาการที่ตกในภาวะซึมเศร้า ดังที่กรมสุขภาพจิต ได้ชี้ถึงสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุเป็นอันดับ 2 ต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมาและสาเหตุในการฆ่าตัวตายโดยส่วนใหญ่ คือ อาการซึมเศร้า

การพบเจอกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญบ่อย ๆ เช่น อาชญากรรม การฆาตกรรม หากไม่ได้รับการรักษาหรือบำบัดมีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ โดย น.ต.นพ.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต ได้เปิดเผยว่า มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 4,000 คนต่อปี อันดับหนึ่งคือวัยทำงาน รองลงมาคือวัยผู้สูงอายุ โดยในวัยของผู้สูงอายุมาจากสาเหตุ 3 ประการคือ 1) ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด 2) โรคเรื้อรังทางกาย และ 3) โรคซึมเศร้า ตามลำดับ สำหรับการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต ได้ใช้มาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำควบคู่กับการเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยเชื่อมโยงข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตายในระบบฐานข้อมูลสาธารณสุข (HDC) เพื่อรองรับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ใน 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุกลุ่มป่วยคือ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ และผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า 2) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคเรื้อรัง ติดบ้าน ติดเตียงและ 3) ผู้สูงอายุกลุ่ม ในชมรมผู้สูงอายุ (กรมสุขภาพจิต, 2561)

ภาวะซึมเศร้านักเป็นปัญหาในผู้สูงอายุที่หลายคนมองข้าม เพราะไม่มีโรคที่แสดงออกทางร่างกายอย่างชัดเจน หากปล่อยไว้นานก็อาจนำไปสู่ โรคซึมเศร้าได้ และอาจส่งผลกระทบต่อความสุขในการดำรงชีวิตอยู่ได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องสังเกตอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผ่านวิธีการสังเกตได้ 8 วิธี คือ กินอาหารน้อย เบื่อหน่าย ไม่อยากไปไหน รู้สึกไร้ค่า นอนไม่หลับ หงุดหงิด ฉุนเฉียว บ่นไม่สบาย ทั้งที่ปกติ และพูดคุยน้อย (คู่มือการดูแลผู้สูงวัย สูตรคลายซึมเศร้า) ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 30 ที่จะพบเจอในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ถือเป็นเรื่องที่ไม่ควรมองข้ามเป็นอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด (โรงพยาบาลเปาโลโชคชัย 4, 2561)

จากสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทยจาก 77 จังหวัด เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2562 พบว่า ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในภาคใต้ จาก 14 จังหวัดของภาคใต้ พบว่าจังหวัดนครศรีธรรมราช คือจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมากที่สุด โดยเป็นจำนวนเพศชาย 114,957 คน และเพศหญิง 150,778 คน รวมทั้งสิ้น 265,735 คน และเมื่อแยกตามตำบล เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562 พบว่าประชากรผู้สูงวัยเยอะสุด 7,396 คน อยู่ในตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) แม้ว่าภาครัฐบาลไทยมีการออกแบบแผนหรือกฎหมายสิทธิต่าง ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่

ก็เป็นเพียงมาตรการหนึ่งที่ดีกรอบไว้เพื่อให้สิทธิของผู้สูงอายุยังคงอยู่เพียงเท่านั้น ซึ่งอาจจะต่างจากสภาพความเป็นจริงที่ยังกลายเป็นปัญหาที่ถูกมองข้าม ขณะเดียวกัน จากรายงานการเข้าถึงการบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุอดสะสมตั้งแต่ปี 2552 ถึง 30 กันยายน 2561 รายงานโดย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต แต่ละจังหวัดในประเทศไทย โดยนับจากประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในส่วนของภาคใต้ พบว่า จังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 240,522 คน มีจำนวนผู้ป่วยคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ 9,140 คน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในจังหวัด 6,976 คน สามารถเข้าถึงการบริการการวินิจฉัยและรักษาในจังหวัด 76.33 โดยมีจำนวนผู้ป่วยสะสมที่มีทะเบียนบ้านในจังหวัดจำนวน 7,390 คน อัตราเข้าถึงการบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีทะเบียนบ้านในจังหวัดเท่ากับ 80.85 (ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต, 2561)

ผลการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ระดับความสัมพันธ์ทางสังคม และระดับน้อยที่สุดคือด้านจิตใจของผู้สูงอายุ (จิรัชยา เคล้าดี, สุภชัย นาคสุวรรณ และจักรวาล สุขไมตรี, 2560) นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิต มีแผนโครงการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้สูงวัยในชุมชน เพื่อต้องการให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงตนเอง ได้มีความรู้ในการสร้างสุขและเตรียมพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุตอนปลาย ต้องการให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและญาติผู้ดูแล ได้รับการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ดูแลช่วยเหลือทางสังคมและการสร้างพลังใจ เพื่อให้มีระบบการดูแลสุขภาพจิตใจ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการพัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรมเสริมสร้างสุขภาวะทางใจในวัยสูงอายุ และพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายให้มีความเข้มแข็ง ยั่งยืนต่อการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน (รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561: น.115, 2561) และในแผนรายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2562 (น.102-103, 2562) ได้มีโครงการสร้างสุขภาวะทางใจเพื่อเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณค่าและความสุข รวมถึงโครงการการพัฒนาสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย แสดงให้เห็นถึงความสำคัญต่อการดูแลทั้งในเรื่องของด้านสุขภาพทางร่างกายและสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุให้เกิดความเข้มแข็ง โดยมาจากผู้สูงอายุ ครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมรูปแบบต่าง ๆ ที่พร้อมช่วยเหลือเพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสามารถเกิดขึ้นได้จากทั้งปัจจัยจิตสังคม ได้แก่ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความพึงพอใจในชีวิต และทัศนคติต่อความตาย ซึ่งเป็นเรื่องของการเห็นคุณค่าในตนเอง ความสุขทางจิตใจ ความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง หรือความคิดมูมองต่อความตาย

ในห้วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ดังผลการศึกษาที่พบว่า ในด้านของการมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เช่นเดียวกับในงานของ พัชญา คชศิริพงศ์ (2553) จากการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ได้อธิบายถึงผู้สูงอายุที่มีการเห็นคุณค่าตนเองต่ำหรือปานกลาง มักเป็นผู้ที่ไม่มีรายได้จากแหล่งอื่นและพักอยู่ในอาคารสามัญ และมีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีรายได้ ไม่มีคุณค่าที่เทียบกับผู้อื่น ไม่สามารถเลี้ยงชีพได้ด้วยตนเองต้องพึ่งพาสถานสงเคราะห์ในการดำรงชีวิต ทำให้เกิดความรู้สึกในการมองตนเองในแง่ลบ และการค้นพบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำมีคะแนนแสดงถึงภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล ดังนั้นการพัฒนาความรู้สึกยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าในตนเองจึงเป็นประเด็นสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพื่อให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าเกิดความภูมิใจในตนเองมากยิ่งขึ้น และในส่วนของ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

จากผลการวิจัยของ อรัญญา นามวงศ์, เอกพันธ์ คำภีระ, คอย ละอองอ่อน และวัชร ไซยจันดี (2561) พบว่าในด้านของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังมีความเข้าใจในชีวิตว่ามีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยเฉพาะการนำหลักธรรมในพระพุทธศาสนาเข้ามาใช้ในชีวิตจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าก่อนข้างต่ำหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า เพราะความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นเสมือนภูมิคุ้มกันทางจิตใจ และข้อเสนอแนะในด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า จึงควรมีการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณให้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในธรรมชาติ มีจิตสุขสงบ มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและมีการประเมิน ติดตามภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเป็นระยะ เพื่อเอื้อต่อการช่วยเหลือและรักษาได้อย่างทันท่วงที

ปัจจัยในเรื่องของความพึงพอใจในชีวิต ผลวิจัยจากงานของ วงศ์สิริ แจ่มฟ้า, ศิริรัตน์ จำปีเรือง และพิมพ์วรรณ เรื่องพุทธ (2562) พบว่า ด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน ทำให้มีระดับคุณภาพชีวิต โดยรวมเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน เนื่องจาก การรับรู้ด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิต การมีสุขภาพดีร่างกายดี ผู้สูงอายุเป็นวัยที่อาจเกิดโรคร้ายกว่าผู้อื่น เนื่องจากเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ หากผู้สูงอายุยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย มีการปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ประเมินสุขภาพของตนเองได้ นับเป็นการบ่งบอกถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผลการศึกษาในงานของ ชนนิพัทธ์ ประเสริฐพรรณ, นพวรรณ เปี้ยชื้อ, สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ และกมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ (2557) พบว่าการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากมีโครงการที่ดี มีความเข้มแข็งของชมรม มีการสนับสนุนด้านบุคลากรทางสุขภาพ

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการมีส่วนร่วม ที่ส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุมีการพัฒนาและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เกิดจากการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรม ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุจะมีปัญหาสุขภาพและมีโรคเรื้อรัง

ทัศนคติต่อความตาย จากสถิติวิเคราะห์ปัญหาภาวะซึมเศร้า และ/หรือทำร้ายตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการมีโรคประจำตัวบางโรค เป็นผลกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด รองลงมา คือ การสูญเสียทรัพย์สินและสูญเสียญาติ พ่อแม่พี่น้อง โดยผู้สูงอายุที่เคยทำร้ายตนเองมีร้อยละ 15.8 ส่วนใหญ่เคยทำร้ายตนเอง 1 ครั้ง โดยการใช้ของมีคมหรือของแข็งทำร้ายร่างกายตนเอง รองลงมา คือ การผูกคอ และยังสามารถจัดแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยการทำร้ายตนเอง คือ การเคยคิดฆ่าตัวตาย ช่วงภาวะซึมเศร้า และปัจจัยพื้นฐาน ในขณะที่เดียวกันผู้ที่มีปัญหาสุขภาพและไม่ มีปัญหาสุขภาพที่เคยทำร้ายตนเอง ก็อาจมีแนวโน้มในการคิดทำร้ายตนเองได้ (วิยะดา ต้นวัฒนากุล, สุรีย์ ชูประทีป, สุกัญญา มีเอียด และวิชัย ต้นวัฒนากุล, 2550) นอกจากนี้ผลการศึกษาของ อรสา ไยยอง (2553) ได้อธิบายเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ พบว่า การเสียชีวิตของบุคคลที่ผู้สูงอายุได้มีการดูแลเลี้ยงดูแบบใกล้ชิด ที่เป็นการเสียชีวิตแบบไม่คาดคิดมาก่อน มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบกับบริบทสังคมไทยที่อยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูญเสียหลาน เพราะมักเป็นปู่ ย่า ตา ยาย ที่เป็นผู้ดูแล จึงน่าจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์จิตใจของผู้สูงอายุได้มาก ทำให้การสูญเสียหลานจะทำให้ไม่มีผู้สืบทอดตระกูลของตนเอง ภาวะซึมเศร้าเป็นการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจและอารมณ์ ที่เกิดขึ้นหลังจากการสูญเสีย โดยจะมีอาการเสียใจมากหรือน้อย นั้นขึ้นอยู่กับสาเหตุที่ก่อให้เกิดความโศกเศร้า ลักษณะความรัก ความใกล้ชิด ความผูกพันที่มีต่อกัน บทบาทของผู้ที่สูญเสีย กระทั่งลักษณะเหตุการณ์และการเตรียมความพร้อมสำหรับการเกิดภาวะสูญเสีย จึงควรทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดความโศกเศร้าจะช่วยให้คาดการณ์และป้องกันการเกิดความโศกเศร้า ล่วงหน้าได้ เนื่องจากการสูญเสียเป็นสาเหตุของความเศร้าโศก

ด้านของปัจจัยการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้การดูแลสุขภาพตนเอง และการรับรู้การช่วยเหลือจากครอบครัว ซึ่งเป็นทั้งในด้านเรื่องความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงไปของร่างกาย ดังผลการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยการรับรู้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากผลวิจัยในงานของ วนิดา อินทราชา และคณะ (2556) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้น ก็ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตัวเองลดลง รวมถึงยังพบปัญหาการช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจกรรมด้านต่าง ๆ

อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมลงร่วมกับการมีปัญหาสุขภาพ จึงส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมตามความสามารถที่ตนเองมีได้ไม่ดีพอหรือลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมรรถภาพในการประกอบกิจต่าง ๆ จะลดลงจนถึง ช่วงอายุ 80-85 ปี จะเป็นผลให้สมรรถภาพที่คงเหลืออยู่ค่อนข้างต่ำ แต่การเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์ฯ ช่วยดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ที่ทำให้ผู้สูงอายุยังคงสามารถปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานต่อไปได้แม้ว่าอายุจะเพิ่มมากขึ้นก็ตาม

ปัจจัยการรับรู้การดูแลสุขภาพตนเอง จากงานของ รัชพล สนธิยา (2555) อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพไม่ดีมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่รู้ว่าสุขภาพตนเองดีจะมีความพึงพอใจในสุขภาพของตนเองจึงทำให้จิตใจเป็นสุข จนส่งผลทำให้สุขภาพจิตแปรปรวนตามไปด้วย ดังนั้นการรับรู้สุขภาพกายมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต

ปัจจัยการรับรู้การช่วยเหลือจากครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวจัดเป็นแรงสนับสนุนที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด ทั้งในยามที่ปกติหรือเจ็บป่วย หากไม่ได้รับความรัก การเอาใจใส่การยกย่อง การเห็นคุณค่า ทำให้ผู้สูงอายุมีพลังที่จะเผชิญอุปสรรคอันเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย หากไม่รับการดูแลเอาใจใส่ ก็จะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้เช่นเดียวกัน (ภัทรภร วิริยวงศ์, 2551) นอกจากนี้ ปวีณา นพโสทร (2556) ได้อธิบายถึงกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวให้มีส่วนร่วมช่วยกระตุ้นผู้ป่วยและครอบครัว มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในภาวะเจ็บป่วยของตนเองและวิธีการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะซึมเศร้า ในขณะที่เดียวกันสมาชิกครอบครัวเองก็มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุและครอบครัวมีความเข้าใจเห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น ลดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ซึ่งเป็นบ่อเกิดของภาวะซึมเศร้า ครอบครัวจึงเป็นแหล่งสำคัญที่ก่อให้เกิดความหวังและเป้าหมายในการจัดการปัญหานั้น ๆ ได้ดี สอดคล้องกับผลวิจัยของ อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2554) อธิบายถึงอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม พบว่ามีอาการซึมเศร่าลดลง เนื่องจากการสัมพันธ์ที่อบอุ่นกับครอบครัว มีการช่วยเหลือ ยอมรับซึ่งกันและกัน การรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เมื่อเกิดการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวจะเสริมแรงให้สามารถลดภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งช่วยให้บุคคลผู้นั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และการที่จิตบำบัดประคับประคองรายครอบครัวช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ดีกว่าการให้การพยาบาลปกติ

การหมั่นหาความรู้ในดูแลสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดีมากยิ่งขึ้น โดยการช่วยเหลือจากครอบครัวก็ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญเช่นกันต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า หากไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ การแสดงความรัก เกิดการมองข้ามไม่เห็นความสำคัญ ก็อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเหมือนเป็นภาระให้ลูกหลานได้ ส่งผลเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าได้ ดังบทความของกรมสุขภาพจิตได้อธิบายว่า ปัญหาด้านสภาพจิตใจของผู้สูงอายุเกิดจากรู้สึกสูญเสีย ทั้งคนใกล้ชิดอย่างบุตรหลาน ที่แยกย้ายไปมีครอบครัวของตนเอง รวมถึงคู่ชีวิต เพื่อน สูญเสียการเป็นที่พึ่ง ภาวะผู้นำ สภาพสังคมที่เปลี่ยนจากอดีตอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะกลับไปเป็นเด็ก จึงจำเป็นต้องมีการดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ซึ่งพบว่า 10-20 % ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้หญิง นอกจากนี้ ยังอันตรายถึงขั้นฆ่าตัวตายมากกว่าวัยอื่น ๆ เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงสภาพจิตใจ ที่ไม่มีความมั่นคงของผู้สูงอายุ (กรมสุขภาพจิต, 2561)

ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนการบริการ การแพทย์ การสนับสนุนการบริการการศึกษา และการสนับสนุนรายได้และการทำงาน ก็นับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญเช่นเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการสนับสนุนด้านข่าวสารข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ การสนับสนุนการบริการการแพทย์ต่อผู้สูงอายุ การพัฒนาสุขภาพร่างกายให้ดียิ่งขึ้น ผ่านการแนะนำ คำปรึกษา วิธีการรักษาต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดผลไปในทิศทางที่ดี เพราะหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกวิธี ก็อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือโรคแทรกซ้อนได้ การสนับสนุนการบริการการศึกษา ถือเป็นกิจกรรมที่ดีที่ทำให้ผู้สูงอายุได้มีการพัฒนาในด้านของอารมณ์ การเข้าสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ ความเข้าใจต่อการปรับตัวในวัยของตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต และการสนับสนุนรายได้และการทำงานของผู้สูงอายุ แม้ว่าจะไม่ใช่วัยที่เหมาะสมกับการทำงาน แต่หากผู้สูงอายุไม่มีงานหรือกิจกรรมใดให้ทำ หรือมีรายได้ไม่เพียงพอก็จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไร้คุณค่า ต้องคอยพึ่งพิงบุตรหลานในการเลี้ยงดู ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นเดียวกัน ดังเช่นในงานวิจัยของ มาติกา รัตน์นะ (2559) พบว่า ปัญหาการนอนหลับมากหรือการนอนกลางก่อก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความขัดแย้งและปัญหาครอบครัว ที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงลูกหลานที่ต้องดูแล และผู้สูงอายุที่รายได้ไม่เพียงพอ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เพราะส่วนใหญ่รายได้ของผู้สูงอายุมาจากเบี้ยยังชีพ ซึ่งอาจไม่ได้พอเพียงต่อการดำรงชีวิตในผู้สูงอายุมากนัก ดังผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารจากงานของ บุญवास สมวงศ์ และปริญญา หุ่นโพธิ์ (2560) พบว่าในด้านของพฤติกรรมดูแลสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมและวิถีชีวิตความเป็นอยู่ได้ โดยเข้าถึงภาวะ

เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อลดการมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตใจ โดยที่ผู้สูงอายุได้รับถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อมวลชน ครอบครัว เพื่อน หน่วยงานสาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์และสาธารณสุขจากสื่อต่าง ๆ และในข้อเสนอแนะจากการวิจัยได้กล่าวถึงการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและมีประโยชน์จากหน่วยงานภาครัฐและโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อช่วยให้เกิดประโยชน์แก่ผู้สูงอายุต่อการมีความรู้ถึงโรคภัยไข้เจ็บและวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองในอนาคต เช่นเดียวกันกับข้อสรุปและข้อเสนอแนะจากงานของ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ (2553) พบว่า ร้อยละ 36.4 การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยสูงอายุ ยังคงอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะข้อมูลในด้านของการเจ็บป่วยและในเรื่องของการดูแลตนเอง พยาบาลจึงควรให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเหล่านี้แก่ผู้ป่วยและญาติเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้สามารถจัดการอาการที่ตนเองเป็นอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลต่อการทำให้ภาวะซึมลดน้อยลง

การสนับสนุนการบริการการแพทย์ จากในงานของ รักษาพล สนิทยา (2555) อธิบายถึงข้อค้นพบจากการศึกษา ตัวอย่างของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตในระดับไม่ดี ถึงร้อยละ 9.11 กล่าวได้ว่า ปัญหาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยยังเป็นปัญหาสำหรับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขต้องเร่งหาวิธีแก้ไขปัญหาให้หมดสิ้นหรือลดน้อยลง โดยอาจใช้กระแสการรณรงค์วันที่ 10 ตุลาคมของทุกปี ซึ่งเป็นวันสุขภาพจิตโลก และวันที่ 13 เมษายนของทุกปี วันผู้สูงอายุไทย รวมถึงวันที่ 1 ตุลาคมของทุกปี นับเป็นวันผู้สูงอายุสากล โดยโรงพยาบาลควรมีนโยบายเพิ่มเติมสำหรับผู้สูงอายุที่ถือว่าเป็นวัยที่ต้องเข้ารับบริการทางสุขภาพกับโรงพยาบาลอยู่เป็นประจำ จึงควรมีบริการพูดคุย สอบถามถึงสุขภาพกายและสุขภาพจิต การให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตกับผู้สูงอายุ รวมถึงการคัดกรองทางสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุหรือเพื่อเร่งรักษาปัญหาภาวะสุขภาพจิตกรณีที่ตรวจพบเพิ่มเติมจากการบริการปกติ

การสนับสนุนการบริการการศึกษา ผลการศึกษาในประเด็นเรื่องระดับการศึกษากับภาวะซึมเศร้าของ จินตนา เหลืองศิริเชียร (2550) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาไม่ได้เรียนหรือมีการศึกษาต่ำกว่าจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอื่นสูงกว่า เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมักจะรู้สึกว่าคุณค่าตนเองด้อยกว่าคนอื่น ไม่มีวิชาความรู้ที่จะนำมาประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาใช้จ่ายได้อย่างเพียงพอกับครอบครัว และกลัวว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักจะแยกตัวออกจากสังคมและมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าตนเอง

นอกจากนี้ การสนับสนุนรายได้และการทำงาน จากงานของ ศิริรำไพ สุวัฒน์คุปต์ และ บุรณี กาญจนถวัลย์ (2557) ได้อธิบายว่า ปัจจัยการไม่มีรายได้เป็นประจำของผู้สูงอายุ ซึ่งรายได้นั้น มาจากเงินเดือน เงินที่ลูกหลานส่งมาให้ หรือเงินที่รับจากการบริจาค ถ้าหากไม่ได้รับเป็นประจำทุกเดือน นั้น จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ประจำเป็นของตนเอง และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่ เพียงพอจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ เนื่องจากจะมีความวิตกกังวลทุกชั่วอึด เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ไม่มีอิสระในการใช้จ่าย ทำให้สูญเสียความมั่นคง ขาด หลักประกันในชีวิต และทำให้รู้สึกว่าคุณค่าเป็นภาระให้แก่ครอบครัวและสังคม ไม่มีความสุขในการ ใช้ชีวิต จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด เช่นเดียวกับ นิพนธ์ ดารารุฒิมมาประภรณ์ (2552) ที่ พิจารณาลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมกับภาวะซึมเศร้า พบว่า การทำงานของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้า คือ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ยังคงทำงาน รวมถึงใน เรื่องของหนี้สินของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ ผู้สูงอายุที่มีหนี้สินก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีหนี้สิน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อให้เกิด ประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อาจอยู่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จนกระทั่งผู้สูงอายุที่มีอาการภาวะ ซึมเศร้า และการนำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อวิธีการพัฒนาสุขภาพจิตใจและช่วยเหลือด้านภาวะ ซึมเศร้าของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

คำถามวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชหรือไม่ อย่างไร
3. ปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประโยชน์ของการวิจัย

เป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล หน่วยงานชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีโอกาสตกอยู่ในสภาวะซึมเศร้า เพื่อการนำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาและช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตใจของผู้สูงอายุ การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า หรือโรคซึมเศร้าที่อาจส่งผลกระทบต่อความตายของผู้สูงอายุมีอาการภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุต่อไป รวมถึงอาจเป็นแนวทางต่อการพยายามสร้างกลไกเพื่อพัฒนาวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 240 คน

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้ ศึกษา ปัจจัยต่างๆ ที่สามารถส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า โดยกำหนดปัจจัยในการศึกษา 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยจิตสังคม ประกอบด้วย การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ ความไม่พึงพอใจในชีวิต และทัศนคติเชิงลบต่อความตาย ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร การรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ และการรับรู้ว่าการช่วยเหลือจากครอบครัว ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา และการไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่มีความผิดปกติโดยจะแสดงความผิดปกติออกมาจากอารมณ์ เช่น ทานอาหารได้น้อย รู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึกไร้ค่า ท้อแท้ มองโลกในแง่ร้าย นอนไม่ค่อยหลับ อารมณ์หงุดหงิดง่าย พุดคุยน้อย และอาจส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตร่วมกับคนในสังคม อาจนำไปสู่การคิดอยากตาย และการฆ่าตัวตายในที่สุด ซึ่งสามารถวัดได้โดย แบบประเมินโรคซึมเศร้า Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

2. ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีสัญชาติไทย

3. ปัจจัยด้านจิตสังคม หมายถึง สภาพองค์ประกอบของบุคคลในด้านของจิตใจ อารมณ์ กริยาท่าทาง และพฤติกรรมของบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในการวิจัยครั้งนี้มี 4 ตัวแปร ซึ่งสามารถวัดได้โดย แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่

3.1 การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลหนึ่งสามารถรับรู้ได้ว่าตนเองไม่มีคุณค่า ซึ่งมีผลต่อการนำไปสู่ในเรื่องของการเกิดความไม่เชื่อมั่นในตนเอง การไม่ยอมรับนับถือตนเอง โดยจะประเมินจากความสามารถ ความสำเร็จและความสำคัญในตนเอง โดยแสดงออกมาในรูปแบบของทัศนคติต่อตนเองในทิศทางที่ไม่ดี ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

3.2 ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากภายในจิตใจของบุคคล ที่แสดงออกถึงความไม่สงบไม่เป็นสุขใจ ไม่มีความเข้มแข็งทางจิตใจ ไม่สามารถยอมรับความจริง ไม่มีเป้าหมายของตนเอง ทำให้เกิดความกระวนกระวายใจหรือความทุกข์ใจ ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

3.3 ความไม่พึงพอใจในชีวิต หมายถึง การไม่ยอมรับต่อสภาพความเป็นอยู่หรือสภาพที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งความไม่พึงพอใจนั้นอาจเกิดในด้านลบเป็นส่วนใหญ่ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยขึ้นอยู่กับความคาดหวังในแต่ละบุคคลที่ยังไม่สร้างความพึงพอใจให้แก่ตนเองอย่างเพียงพอ

3.4 ทศนคติเชิงลบต่อความตาย หมายถึง ความรู้สึกและความเชื่อ หรือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความตายในเชิงลบ จากสาเหตุทางความคิดเกี่ยวกับความตายส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีการแสดงออกทางพฤติกรรม อาทิ ความคิดอยากตาย หรือการฆ่าตัวตาย

4. ปัจจัยด้านการรับรู้ หมายถึง การที่บุคคลใดสามารถรับรู้ข้อมูลได้จากความรู้สึก หรือการสัมผัสจากประสาททั้ง 5 ก่อให้เกิดการคิด การรู้สึก การเรียนรู้การตัดสินใจ ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้ มี 3 ตัวแปร ซึ่งสามารถวัดได้โดย แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่

4.1 การรับรู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร หมายถึง การรับรู้ที่ไม่ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานประจำวันของบุคคลนั้น ๆ ได้อย่างอิสระและสม่ำเสมอ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากการไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติหรือตามที่ตนเองต้องการได้

4.2 การรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลภาวะสุขภาพของตนเองให้ไปในทิศทางที่ดี และการรับรู้ที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพในการดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

4.3 การรับรู้ว่าขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว หมายถึง การที่ผู้สูงอายุขาดการรับรู้ถึงการดูแล การใส่ใจ ขาดการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ที่อาจก่อให้เกิดการรับรู้ในด้านลบ จึงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

5. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การปฏิสัมพันธ์จากผู้คนในสังคมอย่างมีจุดหมายที่นำมาซึ่งการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ ทั้งที่เป็นรูปธรรมและเป็นนามธรรม ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ตัวแปร ซึ่งสามารถวัดได้โดย แบบสอบถามปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่

5.1 การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การไม่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือบุคคลภายนอกที่มีความรู้หรือความเชี่ยวชาญต่อการให้ข้อมูลที่จะช่วยชี้แนะแนวทางในประเด็นหรือเรื่องต่าง ๆ ที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ หรือการไม่ได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

5.2 การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ หมายถึง การไม่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ในให้บริการทั้งขาดการให้คำปรึกษา ไม่ได้รับการ

รักษา ไม่ได้รับคำแนะนำทางการแพทย์ที่เพียงพอ ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รวมไปถึงในเรื่องของการขาดความช่วยเหลือด้านสถานที่บริการและอุปกรณ์ทางการแพทย์แก่ผู้สูงอายุ

5.3 การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา หมายถึง หน่วยงาน/องค์กร หรือบุคคลากรภายนอกที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องของการส่งเสริมความรู้แก่ผู้สูงอายุ ไม่ได้มีการฝึกอบรม ไม่ได้มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพแก่ผู้สูงอายุ เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น จึงมีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

5.4 การไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน หมายถึง หน่วยงานภาครัฐ/องค์กร ไม่ได้ให้บริการในเรื่องของด้านสวัสดิการทางสังคม ไม่ได้มีการสนับสนุนอาชีพในกลุ่มของชมรมผู้สูงอายุ จึงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากไม่ได้มีการสนับสนุนกิจกรรมที่ส่งเสริมต่อพัฒนาอาชีพที่สร้างรายได้แก่ผู้สูงอายุ

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยขอนำเสนอ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ การนิยามความหมายตามองค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ได้ให้คำนิยามคำว่า ผู้สูงอายุ (Older person) หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยนับตั้งแต่อายุเกิด ส่วนในด้านขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2560) ยังไม่มีการนิยามความหมายของผู้สูงอายุที่ชัดเจน อันเนื่องมาจากเหตุผลของแต่ละประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมีการนิยามคำว่าผู้สูงอายุที่แตกต่างกันไปตามเรื่องของอายุเกิด ตามสังคม ตามวัฒนธรรม และรวมถึงตามสภาพร่างกาย อาทิในประเทศที่พัฒนาหรือเจริญแล้ว มักจะให้ได้การนิยามคำจำกัดตามอายุ 65 ปีขึ้นไป หรืออาจจะกำหนดตามการเกษียณงาน หรือนิยามตามสภาพร่างกายในแต่ละเพศ ผู้สูงอายุเพศชาย อายุ 55-75 ปี และผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 45-55 ปี (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556) ในขณะเดียวกัน การนิยามคำว่าผู้สูงอายุของประเทศไทย ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 3 (2546, น.1) และสำนักงานราชบัณฑิตยสภา (จินดารัตน์ โปธ่อนอก, 2557) ได้นิยามคำว่า

ผู้สูงอายุ หมายความว่า บุคคลอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย เช่นเดียวกันกรมกิจการผู้สูงอายุ ได้ระบุในเรื่องของสิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ อธิบายคำว่าผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย แต่ในขณะเดียวกัน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พล.อ.อนันตพร กาญจนรัตน์ ได้มีการพิจารณาการปรับนิยามของผู้สูงอายุ ตามมาตรา 3 ใน พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 จากเดิม หมายถึงบุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เป็นบุคคลที่มีอายุเกิน 65 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยมอบหมายให้อนุกรรมการพิจารณาปรับปรุงและแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านผู้สูงอายุ การนำเสนอตั้งกล่าวไปศึกษาข้อกฎหมายและผลกระทบให้ครอบคลุมทุกด้านเพื่อความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลงนิยามของผู้อายุ (ไทยรัฐ, 2562)

ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกนอกจากมีการแบ่งระดับประเทศตามรูปแบบของการพัฒนาของประเทศ ในด้านของประชากรผู้สูงอายุ องค์การสหประชาชาติได้มีการแบ่งสังคมผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 ระดับ เพื่อเป็นการเรียกประเทศที่มีประชากรผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใดในประเทศนั้น ๆ โดยเริ่มจากรดับ 1 ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ระดับ 2 สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 หรือ ประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ และระดับ 3 ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หมายความว่า ประเทศได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวเรียบร้อยแล้ว (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, 2557)

1.2 แนวคิดและทฤษฎีของผู้สูงอายุ

1.2.1 แนวคิดพุดมพลัง หรือ Active Ageing คือกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก อธิบายถึงองค์ประกอบสำคัญของการกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีพลัง โดยมีการประกอบของเสาหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) สุขภาพที่ดี 2) มีความมั่นคง หรือการมีหลักประกันในชีวิต และ 3) มีส่วนร่วม ซึ่งเป็นกระบวนการที่สร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบสาธารณสุข รวมถึงการมีส่วนร่วมและได้รับความปลอดภัย เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในการวางแผนนโยบาย เพื่อการบริหารจัดการและการให้บริการ การจัดสภาพแวดล้อมและโครงสร้างของเมืองเพื่อเอื้ออำนวยต่อประโยชน์ของผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงประเด็นในเรื่องความหลากหลายของความสามารถ การเป็นแหล่งทรัพยากรของผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ความต้องการของผู้สูงอายุ ความสำคัญในการตัดสินใจและวิถีชีวิตของ

ผู้สูงอายุ การคุ้มครองและป้องกันความเสี่ยงในผู้สูงอายุ และรวมถึงการสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วม ประเด็นต่าง ๆ ในสังคม (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562) ขณะเดียวกัน คำว่า พดพพลัง ได้มีความหมายที่เข้าใจอย่างง่ายตายอีกความหมายคือ พลังของการเป็นผู้สูงอายุ ดังที่ อุษา โพรทอง (2556) ได้อธิบายถึงพดพพลังที่เป็นพฤติกรรม 4 ประการที่ น่าสนใจคือ 1) เป็นผู้ที่ตระหนักถึงปัญหาของผู้สูงอายุ จึงต้องมีการวางแผนเพื่อจัดการปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเอง 2) ต้องเป็นผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ 3) เป็นผู้ที่ให้ความสำคัญและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และ 4) เป็นผู้ที่มีการประพฤติปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง เช่น การออกกำลังกาย การเข้ากลุ่มเพื่อทำกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

กรอบของแนวคิดพดพพลังได้มีการอธิบายถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อผู้สูงอายุ และเพื่อเป็นแนวทางในการนำไปพัฒนาช่วยให้ประชากรผู้สูงอายุในประเทศเกิดประสิทธิภาพ ในสภาวะพดพพลังมากยิ่งขึ้น ดังในงานของ จำรูญ บริสุทธิ์ (2556) ได้อธิบายกรอบแนวคิดพดพพลัง โดยจะแบ่งออกเป็น 6 ปัจจัยคือ 1) ปัจจัยส่งผลต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีพดพพลัง ประกอบไปด้วยเรื่อง เพศเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานภาพทางสังคม โอกาสในการเข้าถึงการทำงาน และการบริการต่าง ๆ รวมถึงค่านิยมทางสังคม วัฒนธรรมของแต่ละสังคมที่เป็นตัวกำหนดคนในสังคมนั้น ๆ ให้ปฏิบัติเพื่อเป็นบรรทัดฐานร่วมกัน ซึ่งต่างส่งผลต่อ พฤติกรรมหรือสุขภาพของผู้สูงอายุได้ 2) ตัวกำหนดพฤติกรรม โดยประกอบด้วยปัจจัย ด้านกิจกรรมทางกาย การรับประทานอาหารที่ถูกสุขอนามัย สุขภาพช่องปาก การสูบบุหรี่ เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ การช้ยา และการปฏิบัติตามหรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ ตามที่ได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ 3) ตัวกำหนดที่เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยประกอบด้วยเรื่องทางชีววิทยาและพันธุกรรมในการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ปัจจัยทางจิตวิทยา อันเป็นเรื่องของความสามารถทางความคิด การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสีย ความฉลาดเพื่อเป็นปัจจัยการเข้าสู่สภาวะพดพพลังและการมีอายุยืนยาว 4) ตัวกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทั้งที่ส่งผลต่อภาวะที่ต้องพึ่งพาและไม่ต้องพึ่งพาในผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม หรือ แนวนอนในอาคารอยากแยกตัว มีภาวะซึมเศร้า หรือปัญหาในการเคลื่อนไหวทางร่างกาย อันมาจากเรื่องของที่อยู่ที่ไม่ปลอดภัย การหกล้ม และน้ำ อากาศบริสุทธิ์ และอาหารบริโภคที่ปลอดภัย ล้วนเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างมากต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ 5) ตัวกำหนดด้านการสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวข้องกับเรื่องการสนับสนุนทางสังคมที่อาจได้รับไม่เพียงพอ อัตราการป่วยและการตาย ภาวะสุขภาพกายสุขภาพจิตลดลง ความรุนแรงและการทารุณกรรม มักเกิดในผู้สูงอายุที่อ่อนแอหรืออาศัยอยู่เพียงลำพัง อาจเสี่ยงเกิดการ

ทารุณกรรมได้ทุกรูปแบบ อาทิ การทำร้ายร่างกาย การลักขโมยทรัพย์สินของผู้สูงอายุ เป็นต้น การศึกษาและการอ่านออกเขียนได้ การศึกษาถือเป็นเรื่องสำคัญเพราะจะสามารถช่วยลดโอกาสหรือภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุได้ในตอนบั้นปลายชีวิต หากวัยเด็กได้รับโอกาสการศึกษาที่ดีและมีโอกาสสำหรับในการเรียนรู้ตลอดชีวิต และ 6) ตัวกำหนดทางเศรษฐกิจ ได้แก่เรื่องของ รายได้ ประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงคือกลุ่มที่มีรายได้น้อย เพราะอาจทำให้ในอนาคตต้องเกิดการพึ่งพาสูง และอาจมีโอกาสน้อยที่อยู่อาศัยหรือตกอยู่ในสภาพที่ขาดแคลน, การทำงาน และการได้รับสวัสดิการที่ดี และการปกป้องทางสังคม ครอบครัวคือแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้สูงอายุ จึงไม่ควรนำค่านิยมของสังคมภายนอกมาใช้แก่ผู้สูงอายุภายในครอบครัวมากเกินไป

1.2.2 ทฤษฎีความแก่ (Theory of Aging) เป็นทฤษฎีที่อธิบายในแง่ของโมเลกุลของเซลล์ที่เสื่อมเป็น 2 หัวหลัก คือ 1) การเสื่อมตามโปรแกรมที่ตั้งไว้แล้ว (Biological Clock) หมายถึง วงจรชีวิตของคนหรือสัตว์ทั้งหลาย ได้มีการตั้งเวลาของอายุขัยของสิ่งมีชีวิตแต่ละประเภทไว้ ควรจะประมาณกี่ปี อาทิ คนมีอายุประมาณ 70-80 ปี สุนัขมีอายุขัยประมาณ 10-15 ปี เป็นต้น 2) การเสื่อมจากอุบัติเหตุหรือปัจจัยภายนอก (Accidental or environment aging) หมายถึง การเสื่อมหรือการสิ้นอายุขัยที่ตัวเราทำขึ้นมาเอง อาทิ อุบัติเหตุ สิ่งแวดล้อม การไม่ดูแลใส่ใจสุขภาพของตนเอง เป็นต้น (อายุวัฒน์, 2562)

1.2.3 ทฤษฎีการเสื่อมสลายของเซลล์ อธิบายถึงเซลล์ร่างกายที่ถูกทำลาย เมื่อใช้งานหนักมากเกินไป เป็นการสร้างสภาพเครียด ที่เร่งให้เกิดความเสื่อมในอวัยวะต่าง ๆ เร็วขึ้น ส่งผลต่อตับ กระเพาะอาหาร ไต ผิวหนัง โดยเฉพาะต่อมต่าง ๆ และโครงสร้างของเซลล์ของร่างกายทำงานผิดปกติ ทрудโทรมและแก่ก่อนวัยได้ ซึ่งโดยเซลล์บางตัวยังสามารถที่จะสร้างขึ้นมาทดแทนได้ แต่บางชนิดก็ไม่สามารถที่จะแบ่งตัวได้อีก (วิจิตน บุญยะโทตระ, 2553) โรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย ได้แก่ หูตึง เกิดจากการเสื่อมของประสาทหู มักรักษาไม่หายขาด (ปารยะ อาศนะเสน) โรคกระดูกพรุน อันเนื่องมาจากการสูญเสียแคลเซียมที่สะสมในกระดูก โดยเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี กระดูกจะบางลงทุก 1-3 % ทุกปี มักพบบริเวณกระดูกสันหลัง สะโพก หรือข้อมือ โดยสาเหตุสำคัญอย่างยิ่งคือ การสูญเสียฮอร์โมนเพศหญิงเนื่องจากหมดประจำเดือน โรคข้อเสื่อม การเปลี่ยนแปลงของกระดูกอ่อนผิวข้อเป็นหลัก ส่วนมากเป็นตำแหน่งข้อ มีอาการเจ็บด้านใดด้านหนึ่งของข้อ หรือมีอาการบวมแดงร่วมด้วย และโรคสมองเสื่อม ถือเป็นโรคที่พบได้เยอะในวัยผู้สูงอายุ เกิดจากภาวะสมองเสื่อม เกิดจากการสูญเสียเซลล์สมอง โดยเริ่มจากส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วเกิดการลุกลามไปยังส่วนอื่น ๆ ของสมอง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป พบอัตราการเกิดโรคนี้นับถึงร้อยละ 50 (โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์, 2559)

1.3 การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรผู้สูงอายุ

ปรากฏการณ์ผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น ถือเป็นประเด็นสำคัญที่ภาครัฐบาลไทยได้พยายามวางแนวทางเพื่อรับมือกับสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทย จากการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) อันเนื่องมาจาก การที่โครงสร้างประชากรได้เคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population Ageing) ขณะเดียวกันที่สถานการณ์ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) อาจกลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ” (Aged Society) ดังที่ เลิศวัลลภ ศรีชะพล ภูสิทธิ และ ธมนพัทธ์ ศรีชะพล ภูสิทธิ (2560) ได้มีการคาดการณ์ไว้ในปี 2564 เนื่องจากมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20 ขึ้นไป ส่งผลให้ประเทศไทยเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด ในอีก 20 ปีข้างหน้า ซึ่งเป็นผลจากเศรษฐกิจและเทคโนโลยีในปัจจุบันที่สามารถลดการเสียชีวิตและการเกิดของประชากรได้ดีขึ้น เช่นเดียวกับ พวงชมพู โจนส์ (2561, น.1-4) ได้กล่าวถึงโครงสร้างประชากรไทย มีอัตราการเกิดน้อยลง ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากแนวโน้มสถานการณ์ผู้สูงอายุทำให้เกิดโอกาสของธุรกิจสินค้าและบริการ เทคโนโลยีใหม่ ๆ มีขึ้นเพื่อบริการให้แก่ผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจมีผลต่อสภาพทางสังคม สภาวะเศรษฐกิจและการจ้างงาน ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมในระยะยาว ผ่าน ยุทธศาสตร์ต่าง ๆ เช่น ยุทธศาสตร์การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ, ยุทธศาสตร์ระบบคุ้มครองทางสังคม สำหรับผู้สูงอายุ หรือยุทธศาสตร์การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ ระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ เป็นต้น ให้หน่วยงานรับผิดชอบ เพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุไทยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2561) ในบางครั้งแม้ว่าจะมีการออกแผนหรือกฎหมายสิทธิต่าง ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่ก็ยังเป็นเพียงมาตรการหนึ่งที่ตีกรอบไว้เพื่อให้สิทธิของผู้สูงอายุยังคงอยู่เพียงเท่านั้น ซึ่งอาจจะต่างจากสภาพความเป็นจริงที่ยังกลายเป็นปัญหาที่ถูกมองข้าม

1.4 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและพฤติกรรม

ผู้สูงอายุถือว่าเป็นกลุ่มประชากรที่มีปัญหาด้านสุขภาพสูง เนื่องจากการเสื่อมสภาพทางร่างกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ส่งผลต่อศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังที่ในงาน Factors Affecting the Level of Depression Among Thai Elderly (2016) ได้อธิบายถึง อัตราการเจริญพันธุ์ ในประเทศไทยลดลง ผลกระทบประการหนึ่งคือการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด ในบรรดาความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่ได้รับความสนใจน้อยกว่าคือโรคซึมเศร้า ปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อระดับภาวะซึมเศร้า

ที่ระบุ ได้แก่ สถานภาพสมรส (12.59) อาชีพ (23.68) และโรคประจำตัว (23.68) ไม่พบปัจจัยอื่น ที่มีนัยสำคัญ อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในชุมชนจึงอยู่ในระดับสูงและผู้นำสาธารณสุขในชุมชนต้องให้ความสนใจอย่างเพียงพอเพื่อที่จะนำมาตรการป้องกัน รวมถึงการสอนเรื่องสุขภาพสำหรับผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง กิจกรรมทางสังคมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกิจกรรมกระตุ้นประสาทสัมผัส นอกจากนี้ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีโอกาสเจ็บป่วยได้มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ดังที่ แคน สุวรรณะรุจิ (2556,น.150-160) พบว่า ปัจจัยสุขภาพและสังคมระหว่างผู้สูงอายุเพศหญิง มีปัจจัยเสี่ยงสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และการเสียชีวิตผู้สูงอายุเพศหญิงน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศชายในบริบทของสังคมไทยจากหลากหลายด้านทั้ง ได้แก่ ประชากร เศรษฐกิจสังคม ครอบครัว สภาพแวดล้อมชุมชนสังคม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งที่สังคมไทยให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุเสมอมา เพื่อต้องการลดความเจ็บป่วยหรือโรคร้ายต่าง ๆ ทำให้เพิ่มพูนทานของหัวใจและหลอดเลือด ถือเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยการป้องกันมากกว่าเป็นการรักษา อย่างบทความวิชาการ เรื่องการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้สูงอายุ ของ พิมพกา ปัญญาใหญ่ (2555,140-147) ได้ส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุแบบแอโรบิคด้วยความแรงระดับปานกลาง อย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ผ่านการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน รวมถึงการนำศิลปวัฒนธรรมมาสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย เพื่อให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

2. ภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ปัญหาด้านสุขภาพในปัจจุบันที่ควรพึงระวังเป็นพิเศษ คือ อาการที่เป็นภัยเงียบด้านสุขภาพ ซึ่งภาวะซึมเศร้า จัดเป็นหนึ่งในภัยเงียบเช่นกัน โดยอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ใช่เพียงอารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้ เซ็ง เหมง เศร้าหรือหดหูโดยทั่วไป แต่จะมีอารมณ์เหล่านั้นเกิดขึ้นอย่างรุนแรงตลอดทั้งวันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ทำให้รู้สึกไม่อยากจะทำกิจกรรมใด ๆ และหมดความสนใจในงานหรือกิจกรรมที่เคยชอบทำอยู่ และหากปล่อยให้ภาวะซึมเศร้าเรื้อรังจนกระทั่งรุนแรงขึ้น อาจส่งผลให้เกิดการหาทางออกที่อันตรายอย่างยิ่ง คือ การฆ่าตัวตายได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า ในที่สุด หากไม่ได้รับการดูแลหรือการบำบัดรักษาอาการภาวะซึมเศร้าอย่างถูกต้อง (World Health Organization, 2560) ซึ่ง นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ (2559) และตฤติลา จำปาวัลย์ (2560) เห็นพ้องต้องกันว่า เป็นภาวะจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ จนกระทั่งมองโลกในแง่ลบ

ส่งผลเสียต่อสุขภาพชีวิต และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ดังนั้น จำเป็นที่ต้องการรักษาอย่างถูกวิธีและต้องใช้เวลาจึงไม่ควรคาดหวังมากเกินไป

ภาวะซึมเศร้า เป็นความเศร้าที่เกินควรหรือนานเกินไป แม้จะได้รับกำลังใจหรือเหตุผลดี ๆ ก็ไม่ได้หมายความว่าจะทำให้อาการดีขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิด ส่งผลกระทบต่อหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน และสังคมทั่วไป บางรายที่มีอาการรุนแรงก็อาจส่งผลทางกายด้วย เช่น มีการผิดปกติของการนอน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรืออยากอาหารมากขึ้น น้ำเพิ่มขึ้น แต่หากอารมณ์เศร้าเป็นอาการที่เด่นชัด อาจเป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่โรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่เกิดได้บ่อยโดยต้องผ่านการประเมินอาการอื่น ๆ รวมครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า โดยมี 2 ระบบ คือ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน เริ่มใช้ ค.ศ.1994 ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5 (DSM-V) และ International Classification of Diseases and Related Health Problems ขององค์การอนามัยโลก เริ่มใช้ ค.ศ.1992 ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (ICD-10) ในขณะเดียวกันที่ ศาสตราจารย์นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล ได้อธิบายว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนทางอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนไป และอาการทางร่างกายค่อนข้างมาก โดยมีเกณฑ์วินิจฉัยอาการต่อไปนี้ 5 อาการหรือมากกว่านี้ คือ 1) มีอารมณ์เศร้าทั้งวัน 2) ความสนใจและความเพลินใจในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงอย่างมาก 3) เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงหรือ เจริญอาหารมาก น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น (เปลี่ยนมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) 4) นอนไม่หลับ หรือหลับนานเกินไป 5) กระวนกระวายใจไม่อยู่นิ่ง หรืออาจเชื่องช้าลง 6) อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง 7) รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า 8) สมาธิลดลง ใจลอย ลังเลใจ และ 9) คิดเรื่องอยากฆ่าตัวตาย อยากตาย โดยหากมีอาการดังกล่าวในข้อ 1 หรือ 2 อย่างน้อย 1 ข้อ และต้องมีอาการอยู่นาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป เกือบตลอดเวลา แทบทุกวัน นั่นคือการส่งสัญญาณบอกให้รู้ว่าอาจเป็นโรคซึมเศร้า

โครงการวิจัยเชิงบูรณาการเบื้องต้น “การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพเพื่อการแทรกแซงและลดภาระของภาวะซึมเศร้า” นำไปสู่ระบบการเฝ้าระวังและการดูแลที่ครอบคลุมซึ่งประกอบด้วย หลายขั้นตอน ที่จะเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 9.5 เท่า ระบบนี้ต้องการระบบการประสานงานที่สนับสนุนหลายระบบ เช่น ระบบข้อมูลและสารสนเทศ ระบบสนับสนุนทางการเงิน ระบบการพัฒนาคน ระบบการกำกับดูแลและการตรวจสอบ และที่สำคัญคือการรับนโยบายในทุกระดับ จากคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่กรมสุขภาพจิตและระดับประเทศจากกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาล เพื่อเฝ้าระวังและการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ช่วยให้ผู้คลากรสาธารณสุขทุกระดับ ได้เห็นถึง

ความสำคัญของภาวะซึมเศร้า ทำให้ระบบสุขภาพของไทยสามารถปรับปรุงเพิ่มเติมให้ดียิ่งขึ้นได้ (Kongsuk, Supanya Kenbubpha, Phimtra, Sukhawaha, & Leejongpermpoon, 2017)

2.2 แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้า

2.2.1 ทฤษฎีชีววิทยา (Biological Theory) สาเหตุในการเกิดภาวะซึมเศร้านั้น แม้ว่าจะยังไม่สามารถสรุปได้เป็นที่แน่ชัดว่าเกิดจากการสาเหตุใด แต่ในทางชีววิทยาทางการแพทย์ได้อธิบายผ่านทฤษฎีชีวเคมี ดังในงานของ ตฤไลา จำปาวัลย์ (2560) ได้มีการกล่าวถึง ทฤษฎีชีวเคมี ที่ได้จากการศึกษาในงานวิจัยทางการแพทย์ทั้งในและต่างประเทศ คือ การเชื่อว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากการทำงานของร่างกายที่ ระบบใดระบบหนึ่งมีการทำงานผิดปกติ ไม่ว่าจะ เป็นในเรื่องของ 1) ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ที่มีความผิดปกติของสารสื่อประสาท ได้แก่ กลุ่มเอมีน คือ ซีโรโทนิน (Serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) เมื่อสารเหล่านี้ต่ำกว่าปกติ ส่งผลให้การควบคุมในการทำงานของสมองทำงานลดลง เช่น การนอนหลับ ความต้องการทางเพศ ความอยากอาหาร และมีสมาธิลดลง หงุดหงิดง่าย เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านฮอร์โมน ได้อธิบายถึงการทำงานของการทำงานของฮอร์โมนหรือการสมดุลฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ 3 ระบบ คือ ระดับฮอร์โมนคอร์ติ-ซอล สูงกว่าปกติ, ระบบฮอร์โมนไทรอยด์ น้อยกว่าปกติ และระบบโกรทฮอร์โมนลดลง เช่นเดียวกันในงานของ Alexopoulos (2005) ได้อธิบายว่า ผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้านั้นส่วนใหญ่ส่งผลกระทบต่อผู้ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและความบกพร่องทางสติปัญญาก่อให้เกิดความทุกข์การหยุดชะงักของครอบครัวและความทุกข์สภาพทำให้ผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยทางการแพทย์แยลงและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต ปัจจัยทางพันธุกรรมอาจมีส่วนร่วมด้วย

2.2.2 ทฤษฎีบุคลิกภาพ แบบมนุษยนิยม (Humanist Personality Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึง การพัฒนาบุคลิกภาพของผู้สูงอายุตลอดช่วงเวลาในชีวิต ซึ่งจะส่งผลจากในอดีตถึงปัจจุบัน โดยทฤษฎีบุคลิกภาพแบบมนุษยนิยม เน้นในเรื่องของคุณค่าของการให้ความเคารพโดยปราศจากเงื่อนไขต่อคนอื่น ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพที่ดี อาทิ อับราฮัม มาสโลว์ ที่มีความเชื่อว่า ความต้องการเป็นไปตามลำดับขั้น เมื่อมนุษย์ได้รับความพึงพอใจในขั้นพื้นฐานคือ ได้รับอาหารความปลอดภัยแล้ว ก็จะมี ความพอใจให้มีความต้องการทางสังคม การยอมรับซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการได้รับการยอมรับนับถืออย่างสูง จนทำให้กลายเป็นการสร้างสุนทรียภาพแห่งความพอใจ ดังนั้น ความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ เป็นส่วนอธิบายว่า สังคมควรที่จะช่วยทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่า บุคคลทุกคนสามารถได้รับความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานด้านสรีระและได้รับการพัฒนาความ

ต้องการในแต่ละชั้นอย่างเต็มที่ เพื่อไม่ให้บุคคลเหล่านั้นมีพฤติกรรมเห็นแก่ตัวหรือก่อความรุนแรง เช่นเดียวกับในงานของ ธัญพร พรหมจันทร์ (2556) ได้อธิบายถึงทฤษฎีบุคลิกภาพ หมายถึงการพัฒนาบุคลิกภาพของผู้สูงอายุตลอดช่วงเวลาของชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่กำหนดสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ อาทิ ในอดีตผู้สูงอายุมีจิตใจดี ช่วยเหลือผู้อื่น มีความเมตตา เป็นส่วนร่วมของสังคมอย่างดี เมื่อสูงวัยก็จะประสบความสำเร็จ ซึ่งแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะนิสัย บุคลิกภาพไปในทางลบ จิตใจร้าย เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยจะประสบความสำเร็จ โดดเดี่ยวและถูกทอดทิ้ง

2.3 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย

สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2556 จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 33 และผู้สูงอายุที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคซึมเศร้ามีประมาณร้อยละ 6 ชุมชน โดยจากรายงานของ ณหทัย วงศ์ปการันย์ (2560) และคณะที่เสนอต่อสภาวินิจฉัยแห่งชาติ พ.ศ. 2559 พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจำนวนร้อยละ 23 ของผู้สูงอายุได้มีการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล 4 แห่ง ในแผนกการรับผิดชอบของแผนกจิตเวช วิธีในการแยกความแตกต่างระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเศร้าปกติได้ด้วยวิธีการแยแยะตาม 1) ระยะเวลา โดยความเศร้าปกติ จะมีอาการเศร้าหรือเบื่อไม่นาน แต่ในส่วนของภาวะซึมเศร้าจะมีอาการนานกว่าปกติโดยอาจเป็นหลาย ๆ วัน หรือนานเป็นสัปดาห์ 2) ความถี่ ความเศร้าปกติ จะมีช่วงที่ดีมากกว่าช่วงที่เศร้าหรือเบื่อ แต่ส่วนของภาวะซึมเศร้าจะมีช่วงเวลาส่วนใหญ่ไปกับความรู้สึกเศร้า 3) ความรุนแรง โดยความเศร้าปกติ ความรุนแรงจะมีอาการไม่ต่างจากเดิมที่เคยเป็น แต่ส่วนของภาวะซึมเศร้าจะมีอาการเศร้าหรือเบื่อมากกว่าที่เคยเป็น 4) อาการที่ผู้ดูแลสังเกตเห็น โดยความเศร้าปกติ มีอาการดูคล้าย ๆ เดิม แต่ส่วนของภาวะซึมเศร้าผู้ดูแลจะดูออกว่ามีอาการไม่เหมือนเดิม 5) ความรู้สึกที่ตนเองผิดปกติ โดยความเศร้าปกติ จะรู้สึกที่ตนเองไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม แต่ในส่วนของภาวะซึมเศร้านั้น จะมีอาการรู้สึกที่ตนเองไม่เคยรู้สึกแ่อย่างนี้มาก่อน ภาวะซึมเศร้ามาก ๆ อาจมีอาการของโรคจิตเข้ามาแทรกซ้อน โดยเกิดขึ้นได้ถึงร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามาก ๆ เช่น มีอาการหวาดระแวงว่าภรรยาหรือสามีจะนอกใจ ล้วจะมีคนมาทำร้ายหรือขโมยของ เห็นภาพหลอน ทาตัวเองเกินความจริงหรือเกิดมีความรู้สึกผิดมาก ๆ

การที่ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าเหว โดดเดี่ยวไร้การใส่ใจ จนก่อให้เกิดความรู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้เช่นกัน ดังการศึกษาของโสภิติน แสงอ่อน, พรเพ็ญ สำเภา และพรทิพย์ มาลาธรรม (2550) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ความว่าเหวเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า

เนื่องมาจากการเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุได้พบเจอ เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียบทบาททางสังคม การขาดความสัมพันธ์กับเพื่อนทำให้ต้องอยู่เฝ้าบ้านหรือมีข้อจำกัดในการเดินทาง จนทำให้เกิดความว่าเหว้ โดดเดี่ยว มองตนเองในด้านลบ จนรู้สึกที่ตนเองไร้คุณค่า ความว่าเหว้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รองลงมาคือเรื่องของความสัมพันธ์สภาพในครอบครัว และเรื่องปัญหาสุขภาพ ตามลำดับ เช่นเดียวกับงานของ ธนัญพร พรหมจันทร์ และศิริลักษณ์ ศุภพิติพร (2557) วิจัยเรื่องภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว้ และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะว่าเหว้ที่สูงและการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ อธิบายว่าเมื่อด้านสุขภาวะจิตความว่าเหว้มีความสัมพันธ์อย่างมากกับภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว้ระดับสูงก็จะมีแนวโน้มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับสูง เนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุหลบเลี่ยงจากสังคม ไม่สนใจบุคคลอื่น ชอบอยู่ตามลำพัง รู้สึกหมดหวัง วิตกกังวล ไม่เปิดรับความคิดเห็นของผู้อื่น ทำให้แรงสนับสนุนสังคมลดลง และการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ รู้สึกถึงเกียรติตัวเอง ต่ำห็นตนเอง และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระกับผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยค่าและมักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นเสมอส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและลดพฤติกรรมความว่าเหว้เป็นแนวทางหนึ่งในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น วัยทำงาน และรวมไปถึงในผู้สูงอายุ โดยจากหนังสือ มารูจักและหาวิธีรับมือภาวะซึมเศร้า สำหรับประชาชน (2562) ที่ได้อธิบายถึง 8 วิธีการสังเกตภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุดังนี้ 1) กินอาหารน้อย 2) รู้สึกเบื่อหน่าย 3) ไม่อยากออกไปไหน 4) รู้สึกไร้ค่า 5) มีอาการนอนไม่หลับ 6) มีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว 7) มีการบ่นว่าไม่สบาย (ทั้งที่ร่างกายปกติดี) 8) พุดคุยน้อยลง อาการเหล่านี้เป็นเพียงวิธีการสังเกตอาการภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพื่อเป็นการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนในครอบครัวให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการพุดคุยและรับฟัง การทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้น การช่วยสนับสนุนให้กำลังใจในการรักษา การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวันหรือกิจกรรมต่าง ๆ และรวมถึงการตระหนักถึงสัญญาณเตือนเสี่ยงของการทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตายของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

3. ปัจจัยจิตสังคม

3.1 แนวคิดทฤษฎีจิตสังคม

ทฤษฎีจิตสังคม (Psychosocial Theory) ผู้ริเริ่มในทฤษฎีนี้คือ อิริค เอช อิริสัน (Erik H. Erikson:1902-1982) ได้อธิบายถึงการพัฒนาทางจิตใจด้วยการยอมรับการพัฒนาทางจิตใจตาม

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ โดยเน้นความสำคัญปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในการพัฒนาทางจิตใจ ซึ่งเชื่อว่าบุคลิกภาพคือผลของความสำเร็จหรือล้มเหลวในการแก้ไขความขัดแย้งที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของแต่ละบุคคล โดยแบ่งออกเป็น 8 ขั้นตอน ต่อไปนี้

- 1) ความไว้วางใจหรือไม่ไว้วางใจ (Trust vs Mistrust) เป็นทางพัฒนาทางจิตใจที่จะ ส่งผลให้มีพัฒนาการรู้สึกไว้วางใจผู้อื่นและเชื่อมั่นในตัวเอง รวมถึงสามารถพึ่งพาผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นพื้นฐานของการพัฒนาการทางจิตใจและบุคลิกภาพในระยะต่อไป
- 2) ความเป็นตัวของตัวเองหรือความรู้สึกอายสงสัยไม่แน่ใจ (Autonomy vs shame or doubt) เริ่มมีการควบคุมการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองอย่างเหมาะสม ได้โดยไม่เกิดความละอายหรือไม่แน่ใจในตัวเอง เนื่องจากความอับอายและความสงสัยจะสร้างปมด้อยต่อการเติบโต จนพยายามสร้างเกราะป้องกันตนเอง เพื่อไม่ให้เสียหน้าหรือเกิดความอับอายได้
- 3) ความคิดริเริ่มหรือความรู้สึกผิด (Initiative vs Guilt) เกิดการพัฒนาภาวะที่เหมาะสม ให้มีความรับผิดชอบ ควบคุมตนเองได้ ไม่ควรที่จะปกป้องหรือห้ามปราม ควบคุมมากเกินไป เพราะจะทำให้เกิดความรู้สึกผิดในเรื่องต่าง ๆ เหล่านั้น จึงจำเป็นต้องได้รับกำลังใจจากสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดความรู้สึกสร้างสรรค์ในการแก้ไขปัญหา
- 4) ความขยันหมั่นเพียรหรือความรู้สึกมีปมด้อย (Industry vs Inferiority) ควรจะสนับสนุน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ตนเองมีความสามารถและนับถือตนเอง แต่หากได้รับการดูแลที่ตรงกันข้าม ก็จะกลายเป็นคนที่มีความรู้สึกมีปมด้อย รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถและไม่มีคุณค่าในตนเอง
- 5) การรู้เอกลักษณ์ของตนเองหรือความสับสนในบทบาท (Identity vs Role Confusion) การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนาอัตลักษณ์ (Identity) เพื่อให้สอดคล้องกับค่านิยมทางสังคม ประสบการณ์ต่าง ๆ แต่หากการพัฒนาในช่วงระยะเวลานี้มีความล้มเหลวก็อาจส่งผลให้เกิดขาดความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม รวมถึงอาจมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศหรือกลายเป็นอันธพาลในที่สุด
- 6) ความผูกพันใกล้ชิดหรือการแยกตัว (Intimacy vs Isolation) เป็นการพัฒนาอัตลักษณ์ที่มีความมั่นคงและพร้อมสำหรับการทำงาน มีความรักอย่างมีความสุข ความต้องการสัมพันธ์ที่สนิทสนมกับบุคคลอื่น มีการรู้จักประนีประนอม เสียสละความสุขส่วนตัวบางอย่าง แต่หากมีการพัฒนาที่ล้มเหลวก็อาจทำให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม และหมกมุ่นแต่เรื่องของตัวเอง
- 7) การคิดถึงส่วนร่วมและการคำนึงถึงแต่ตนเอง (Intimacy vs Isolation) อายุ 40-60 ปี เป็นช่วงเวลาอายุที่มีความต้องการในการทำประโยชน์เพื่อสังคมและคนรุ่นหลัง ด้วยวิธีการสั่งสอน แนะนำ ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ที่อาจส่งผลที่เอื้อต่อประโยชน์ต่าง ๆ หากการพัฒนาในระยะนี้ล้มเหลวก็จะส่งผลให้บุคคลเหล่านั้นเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย เหนื่อยล้า กลายเป็นคนที่จะทำตามใจตนเองและยึดเอา

ความพึงพอใจของตนเองเป็นหลัก และ 8) ความรู้สึกมั่นคงสมบูรณ์หรือความสิ้นหวัง (Integrity vs Despair) อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นช่วงเวลาที่บุคคลสามารถแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ในการพัฒนาทุกระยะที่ผ่านมาได้อย่างสมบูรณ์ โดยจะเข้าใจความหมาย คุณค่าในตนเอง รู้สึกพึงพอใจและยอมรับกับความรู้สึกในทุกด้านของชีวิต สามารถที่จะปล่อยวางเรื่องราวต่าง ๆ ได้ จนถึงขั้นสามารถที่พร้อมเผชิญสิ่งต่าง ๆ ที่ต่างเข้ามาคุกคามหรือความตายได้อย่างมั่นคง แต่หากพัฒนาในส่วนนี้ไม่ได้ไปเป็นอย่างไรที่เหมาะสมหรือล้มเหลว ก็อาจทำให้บุคคลนั้นกลายเป็นคนที่รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีโอกาสที่แก้ไขและอาจทำให้ไม่อยากอยู่ต่อไปอย่างไร้คุณค่าและศักดิ์ศรี

ดังนั้น จากทฤษฎีของอีริค ได้อธิบายให้เห็นถึงวัยผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความมั่นคง ความสมบูรณ์กับความสิ้นหวัง แสดงให้เห็นได้ชัดถึงผลของทิศทางจากผลของการได้รับการพัฒนาอย่างถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้การแก้ไขปัญหาในช่วงต่าง ๆ ผ่านไปได้ด้วยดี ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความพึงพอใจในชีวิต ทศนคติต่อความตาย แต่หากไม่ได้รับการพัฒนาหรือการพัฒนานั้นเกิดการล้มเหลวขึ้น ก็อาจส่งผลให้บุคคลนั้นกลายเป็นคนที่บุคลิกภาพที่อ่อนแอ ประสบความล้มเหลวในการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้เกิดความขัดแย้ง มีผลอย่างมากที่จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาด้านจิตใจในแต่ละช่วงของชีวิตคน

3.2 ปัจจัยจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

การที่ผู้สูงอายุที่เผชิญพบเจอกับสิ่งใหม่ ๆ ต้องมีการปรับตัวมากมาย ทำให้การปรับตัวที่เกิดขึ้นอาจไม่ได้ส่งผลดี และยังเป็นการก่อให้เกิดความเครียด กระทั่งต่อสุขภาพจิต จากงานของ Malone, Liu, Vaillant, Rentz, & Waldinger (2016) อธิบายถึง การค้นพบที่มีผลสำคัญในการทำความเข้าใจประโยชน์ที่ยั่งยืนของการมีส่วนร่วมทางจิตสังคมในวัยกลางคน สำหรับสุขภาพทางความคิดและอารมณ์ในช่วงปลายชีวิต นอกจากนี้ การพัฒนาทางจิตสังคมที่ประสบความสำเร็จน้อยจะส่งผลให้เพิ่มระดับของภาวะซึมเศร้า ก่อให้เกิดความรู้สึกกลัวถูกทอดทิ้ง วิตกกังวล ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกจิตใจเหี่ยวเฉา ทำให้รู้สึกตนเองไร้คุณค่าได้ในที่สุด ดังที่ Alexopoulos (2005) ได้อธิบายว่า ความทุกข์ยากทางจิตสังคม ความยากจนทางเศรษฐกิจ ความทุพพลภาพ ความโดดเดี่ยว การย้ายถิ่นฐาน การเลี้ยงดูและการสูญเสีย ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเพิ่มความอ่อนแอต่อภาวะซึมเศร้าหรือทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เปราะบาง ซึ่งงานของ ชณภัช ลิ้มสีบเชื้อ (2556) ได้ศึกษาและพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ โดยผ่านโปรแกรมการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาทางด้านอาทิ ด้านการกล้าเปิดเผย ด้านมีความเชื่อมั่นในตนเอง ด้านการยอมรับในด้านต่าง ๆ ของตนเอง

ด้านความสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้โดยตนเอง และด้านความต้องการกระทำตนให้เป็นประโยชน์ พบว่าอยู่ระดับปานกลาง แต่เมื่อหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง มีอัตราทางสถิติที่เพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากการผู้สูงอายุที่ยินดีที่เข้าร่วมมีความตั้งใจในการทำกิจกรรมและต้องการพัฒนาตนเองให้มีความรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น ตัวอย่างกิจกรรมจากงานวิจัยของ ต่อศักดิ์ กาญจนทรัพย์สิน (2560) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมความสุข 5 มิติที่มีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลโพธิ์ชัย อ.วาปีปทุม จ.มหาสารคาม พบว่า ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ด้านสุขสนุกมาก เพราะได้มีการเคลื่อนไหวและความสนุกสนานผ่อนคลายเครียด และกิจกรรมสุขสงบ ที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ที่น่าประทับใจแก่ตนเองเนื่องจากสร้างความสงบให้แก่จิตใจ และกิจกรรมสุขสบายก็เป็นอีกกิจกรรมที่สร้างความประทับใจแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ ที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกกระปรี้กระเปร่ามากยิ่งขึ้น และกิจกรรมสุขสง่าทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและการยอมรับของบุคคลอื่น รวมถึงการได้ช่วยเหลือผู้อื่น แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พัฒนาตนเองและได้เป็นการใช้เวลาให้เกิดประโยชน์ ลดความเครียดและปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อชีวิต

ปัจจัยด้านของการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามีการศึกษาไว้หลากหลายประเด็นจากงานวิจัยของ สุพรรณษา แสงพระจันทร์ และคณะ (2559) ได้ศึกษาการมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้เสนอผลวิจัยออกเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ได้รับการยอมรับจากภายนอก โดยประกอบด้วยเรื่องของชีวิตคนดี เพื่อให้เป็นการรู้การเป็นคนดี ชีวิตที่มีศักดิ์ศรี ผ่านการตั้งมั่นใจอดมคตที่มีศักดิ์ศรี ไม่หวังพึ่งพาใคร และชีวิตที่คิดบวก การทำให้พร้อมต่อการเผชิญปัญหา ความคิดและพฤติกรรมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ดีขึ้น 2) การได้รับการปฏิบัติเสมือนหนึ่งผู้มีค่า โดยประกอบด้วยเรื่องของ การยกย่องให้เป็นผู้สำเร็จในการทำงานเพื่อชุมชนและสังคม การเป็นที่รัก เป็นการทำให้รู้สึกว่าคุณค่าสำหรับคนอื่น และได้รับการปฏิบัติอย่างบุคคลที่มีคุณค่าด้วยการยอมรับและความรัก และ 3) ภูมิใจในสิ่งที่ฉันทำ โดยประกอบด้วย การพึ่งพาตนเอง เป็นทำให้มีความภาคภูมิใจและมีความสุขที่เกิดจากการได้ดูแลตนเอง พึ่งพาตนเองโดยไม่ต้องเป็นภาระใคร การอุทิศตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวม เป็นการกล่าวถึงการช่วยเหลือ การเสียสละ ช่วยเหลือทางสังคม การมีจิตสาธารณะที่นึกถึงประโยชน์ของส่วนรวม ตลอดถึงเรื่องของการทำกิจกรรมกับชุมชน/หมู่บ้านตามที่ตนเองสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ และการสร้างคน โดยเป็นนำภูมิปัญญาของตนเองนำมาอบรมสั่งสอนบุตรหลาน หรือบุคคลอื่นในสังคม เพื่อสร้างคนรุ่นต่อไป และผลการวิจัยยังพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ถูกพัฒนามาจาก 2 แหล่ง คือ 1) ตนเอง เป็นการเริ่มต้นจากพฤติกรรมภายใน จนกลายเป็นพฤติกรรมที่ติดตัวที่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม และ 2) บุคคลอื่น มาจากการได้รับความรักและการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่นรอบตัวผู้สูงอายุ นอกจากนี้ แนวคิดในเรื่องของการเห็นคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (1981) ได้มีการกล่าวถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยเป็นการประเมินตนผ่านทัศนคติเกี่ยวข้องกับการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง เป็นการแสดงให้เห็นถึงความเชื่อที่บุคคล ๆ นั้นมีความเชื่อมั่นในตนเองว่ามีความสามารถ ความสำคัญ มีคุณค่าเพียงใด โดยจะแสดงทัศนคติผ่านคำพูดและพฤติกรรมที่แสดงออกมา โดยสามารถแบ่งประเภทการเห็นคุณค่าได้ 4 ประเภท คือ 1) การเห็นคุณค่าในตนเองด้านความสามารถ (Competence) 2) การเห็นคุณค่าด้านการมีความสำคัญ (Significance) 3) การเห็นคุณค่าในตนเองด้านการมีอำนาจในตนเอง (Power) และ 4) การเห็นคุณค่าในตนเองด้านการมีคุณความดี (Virtue)

ผลการวิจัยจากงานของ มารูรี อุไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง (2560) พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัจจัยภายในตนเอง คือ ความแข็งแรงของร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง และปัจจัยภายนอก คือ การมีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนผู้สูงอายุ สัมพันธภาพกับญาติ และผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานมาเยี่ยมเยียนบ่อยจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีและเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานมาเยี่ยมเยียน รวมไปถึงการที่ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชนที่มีทัศนคติที่ดีและการปฏิบัติที่ดีกับผู้สูงอายุรับรู้และประเมินตนเองไปในด้านบวกมากยิ่งขึ้น เช่นเดียวกันกับงานของ เบญจมาศ ยศเสนา (2559) อธิบายถึงการเห็นคุณค่าผู้สูงอายุในสังคมไทยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การเห็นคุณค่าผู้สูงอายุในระดับครอบครัว เป็นการให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมของครอบครัว ได้แก่ การอบรมสั่งสอนลูกหลาน การดูแลทรัพย์สินภายในบ้าน และรวมถึงการให้ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของครอบครัว เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ รวมถึงการเป็นแบบอย่างที่ดี และการเห็นคุณค่าผู้สูงอายุในระดับสังคม การทำให้ผู้สูงอายุ เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ในการถ่ายทอดองค์ความรู้ ภูมิปัญญาต่าง ๆ ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ประเพณีให้แก่สมาชิกในสังคม เพื่อเป็นการสืบทอดองค์ความรู้ และวัฒนธรรมทางสังคม รวมถึงการทำงานของผู้สูงอายุที่เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสังคมในรูปแบบจิตอาสา เพื่อเป็นการทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นปัญหาของสังคม

สถานการณ์ของสังคม สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปโดยรอบ ย่อมมีผลต่อสุขภาพจิตได้ในทุกเพศทุกวัย แต่ความต้องการที่มีสุขภาพที่ดี นั้นคือสิ่งที่ทุกคนมีความพึงปรารถนา ปัจจัยต่าง ๆ รายรอบก็ย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิต และอาจส่งผลกระทบต่อเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตประจำได้เช่นกัน ดังในงานของ

เกสร มัยจิน (2558) ที่ได้อธิบายถึง ปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยกำหนดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ รายได้ต่อสุขภาพจิต และสถานภาพสมรสโสด (หย่าร้าง และหม้าย) ต่อสุขภาพจิต ทำให้เห็นถึงการวิธีการรับมือกับปัจจัยเหล่านี้ คือการวางแผนการใช้ชีวิตในอนาคต การหาแหล่งรายได้เสริม เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงไว้/ส่งเสริมการปฏิบัติตัวเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี นอกจากนี้ การศึกษาบทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ: มิติจิตวิญญาณของ วิลาวรรณ คริสต์รักษา และทิพย์ภา เชษฐ์เขาวลิต (2561) ได้อธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้า การปรับตัวไม่ได้ มีอาการทางจิต เบื่อหน่าย อารมณ์รุนแรง พึ่งพาศุภบุคคลอื่น คุณค่าในตนเองลดน้อยลง ล้วนเป็นอาการความเจ็บป่วยทางด้านจิตวิญญาณ ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้เกิดการปรับตัวอย่างเหมาะสม และใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยพยาบาลจิตเวชชุมชน จะอาศัยหลักการเอาใจใส่ การตระหนักรู้ตนเอง และให้การพยาบาลด้านจิตใจได้เป็นอย่างดี เพื่อให้การพยาบาลด้านจิตใจ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณช่วยตอบสนองต่อปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณได้อย่างแท้จริง

กิจกรรมต่าง ๆ ในโรงเรียนผู้สูงอายุนับเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยเติมเต็มสุขภาพจิต ในเรื่องของการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น ดังงานของ อรรถกร เฉยทิม และนวลฉวี ประเสริฐสุข อรุณปริย เกิดในมงคล (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมมีความสุขโดยรวมอยู่ระดับมาก ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าภาวะสุขภาพต่างกัน แต่มีความสุขไม่ต่างกัน และผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ มีแนวทางการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข จากการดูแลตนเองทั้งร่างกายและจิตใจ มีความหวังและการวางแผนในชีวิต การบริหารจัดการความทุกข์ การได้ร่วมทำกิจกรรมกับครอบครัว การเป็นที่พึ่งของครอบครัว เข้าร่วมทำกิจกรรมทางศาสนาหรือวัฒนธรรมประเพณี การได้ถ่ายทอดประสบการณ์ ความรู้ การทำกิจกรรมงานอดิเรก การเตรียมตัวเพื่อวัยสูงอายุ การตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง การได้ช่วยเหลือผู้อื่นและทำประโยชน์เพื่อสังคม และเช่นเดียวกันกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ เขตรับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง รพ.แพร่ (รองช้อ) ของ ดวงพร ภาคาหาญ (2560) อธิบายถึงการเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับมาก และสุขภาพจิตตามเกณฑ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทยอยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไปมากที่สุด เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียน

ผู้สูงอายุ ที่เป็นส่วนช่วยในการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีมากยิ่งขึ้น

ปัจจัยทำนายนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะของผู้สูงอายุ ของ อภิรดี โชนิรัตน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, คะนิงนิจ พงศ์ถาวรกมล และศรียามน ตีรพัฒน์ (2563) ได้อธิบายถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณสามารถทำนายนายการสูงวัย ด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณไม่ได้ขึ้นอยู่กับความศรัทธายึดมั่นทางศาสนาเป็นสำคัญ แต่ขึ้นอยู่กับการกระทำของตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของตนเองเป็นหลัก ซึ่งหากผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก็จะช่วยทำผู้สูงอายุมีการพัฒนาและคงไว้ในระดับของความสามารถในการทำหน้าที่เพื่อการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีความสุข นอกจากนี้ ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ จากวิจัยของ จินฉัตร จันครา และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2559) โดยมีการอธิบายถึงการนำกิจกรรมตามแนวคิดของมอนเตสซอร์ มาจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นเปิดโอกาสแก่ผู้สูงอายุนั้นควรเป็นกิจกรรมใดก็ได้ตามความพึงพอใจของตนเอง เพื่อได้รับอิสระในการตัดสินใจทำกิจกรรมที่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน นอกจากนี้จะเป็นกิจกรรมที่ช่วยฟื้นฟูร่างกาย แต่ยังเป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างความภาคภูมิใจ กำลังใจ และการเห็นคุณค่าในตนเอง

ทัศนคติของวัยผู้สูงอายุถือเป็นเรื่องที่สำคัญต่อสภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ดังงานวิจัยประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนของ อธิพงษ์ ธงทิมา, สุทธิพร มูลศาสตร์ และปรากการ ฤมยางกูร (2562) ได้มีการอธิบายถึงการนำโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิด 3 ขั้นตอน ของ คอนสกี และเมย์ (Klonsky & May, 2015) ซึ่งได้อธิบายถึงก่อนการคิดฆ่าตัวตายเริ่มจากความเจ็บปวด ความทุกข์ รวมถึงความสิ้นหวังชีวิต แต่หากบุคคลมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้างก็จะทำให้ความคิดฆ่าตัวตายลดลง แต่ทางตรงกันข้ามหากไม่ได้รับสัมพันธภาพที่ดีก็จะส่งผลให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง และหากอยู่โอกาสที่เอื้อต่อการฆ่าตัวตายก็จะมีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายได้อย่างสำเร็จ จากผลของการนำโปรแกรมนี้ไปใช้พบว่าความคิดฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีความคิดฆ่าตัวตายสัดส่วนร้อยละ 80 แต่หลังจากเข้าโปรแกรมสัดส่วนลดลงเหลือร้อยละ 20 โดยจากข้อมูลที่พบปัญหาที่จะคิดฆ่าตัวตายเนื่องจากความทุกข์ทรมานและความเครียดจากโรคเรื้อรัง ที่ไม่สามารถทำให้ทำกิจวัตรประจำวันได้ จนเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตัวเอง เครียด จนรู้สึกเป็นภาระ ซึมเศร้า ซึ่งในโปรแกรมได้มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมกลุ่มฝึกทักษะวิเคราะห์อาการ สาเหตุ การจัดการปัญหาสุขภาพจิต การจัดกิจกรรมนันทนาการ มีการอธิบายเรื่องสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย พร้อมมีการแลกเปลี่ยน

ความคิด มีกิจกรรมสร้างพลังใจโดยปราชญ์ชาวบ้าน กิจกรรมเยี่ยมบ้านเพื่อรวบรวมข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวกับสุขภาพ จิตใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว สภาพแวดล้อม การอธิบายแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการสังเกตอาการและการป้องกันความคิดการฆ่าตัวตาย รวมไปถึงมีการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้แสดงความรู้สึกเปิดใจกันโดยตรง และท้ายที่สุดมีการติดตามประเมินความคิดการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาประสบการณ์ภาวะซึมเศร้าและความเศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุไทย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, สุวิมล จอดพิมาย, พรรณณา แสงส่อง, 2561) พบว่า ความหมายของการสูญเสีย คือ การสูญเสีย เป็นการที่ถูกพลัดพราก หรือสูญเสียสิ่งสำคัญและมีค่าไป การสูญเสียจะเป็นอะไรก็ตามก็ไม่เท่ากับการเสียบุคคลที่รัก เช่น สามี ภรรยา และบุตร รวมถึงสิ่งของมีค่า การสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกแย่มาก ๆ เหมือนเป็นเวรกรรม ส่งผลให้เกิดอาการเศร้าโศก และภาวะซึมเศร้าที่ต่อเนื่องและยาวนาน ความรู้สึกที่เกิดจากการสูญเสีย ความรู้สึกของการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด เป็นสิ่งที่เลวร้ายมาก การสูญเสียที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ ในระยะใกล้เคียงกัน ส่งผลให้เกิด ความรู้สึกเศร้ามาก วิตกกังวลมาก คิดมาก มีอาการเศร้าไม่อยากทำอะไร ความรู้สึกจากการสูญเสีย ส่งผลให้ไม่อยากสื่อสารพูดคุยหรือตอบคำถาม ความรู้สึกจากการสูญเสียหน้าที่การงาน และทรัพย์สินมีค่า ความรู้สึกว่าทำงานไม่สำเร็จสมความตั้งใจ ถูกกลั่นแกล้ง จากเพื่อนร่วมงาน การปรับตัวได้ไม่ดี คือ ขณะที่มีอาการเครียดมาก ใจสั้น ดึ่มสุราหนัก คิดทำร้ายตนเอง ดังนั้นความรู้สึกจากการสูญเสีย มิใช่เกิดจากการสูญเสียบุคคลที่รัก หรือบุคคลใกล้ชิดที่มีความหมายต่อเขาเท่านั้น แต่รวมถึง ความล้มเหลวในหน้าที่การงาน หรือทรัพย์สินมีค่า โดยเฉพาะทรัพย์สินที่พยายามสร้างมาเป็นเวลายาวนาน ก็อาจส่งผลให้รู้สึกบั่นทอนจิตใจ เกิดความเครียดมาก เศร้ามากจน จนไม่อยากทำอะไร คิดอยากตายเช่นกัน จะเห็นได้ว่า การสูญเสียทรัพย์สินมีค่า หรือของรักที่มีความหมายและมีความสำคัญต่อบุคคล ก็ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความเศร้าโศก เสียใจ เจ็บใจ โทษตนเอง จนคิดอยากตายได้เช่นกัน เช่นเดียวกันในงาน Oon-aroma, Wongpakarana, Satthapisit, Saisavoey, Kuntawong, & Wongpakaran. (2019) ที่สรุปได้ว่า ความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ โดยเน้นที่ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความผูกพันและการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลทำให้ระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในระดับรุนแรงหรือเป็นโรคซึมเศร้า มักจะนำไปสู่การมีพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย หรือทัศนคติต่อความตาย ที่สูงและต่อเนื่องขึ้น โดยจะมีความคิดฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยจากการศึกษาของกรมสุขภาพจิตได้ระบุว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

ร้อยละ 70-80 ป่วยด้วยอาการของโรคซึมเศร้า ตั้งในงานของ สมบัติ สุกุลพรรณ, สุพิศ กุลชัย และดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2559) ได้อธิบายถึงผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่ม สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ โดยการบำบัดด้วยวิธีการแก้ปัญหา เป็นวิธีการช่วยให้บุคคลมีมุมมองต่อปัญหาในทางบวก (Positive Problem Orientation: PPO) เป็นการรับรู้ปัญหาตามความจริง มองปัญหาให้เป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต โดยสร้างความเข้าใจในการแก้ปัญหาต้องใช้เวลาและความพยายามมองเห็นสาเหตุปัญหาเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ มีทัศนคติในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ แก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล ดีกว่าการใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบหันหลังเล่น หรือการใช้วิธีการแบบหลีกเลี่ยง เพราะเมื่อปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมก็จะทำให้ความทุกข์ ความกดดันที่มีอยู่ลดลง และเป็นการสร้างความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น ทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ หรือการใช้วิธีในการทำนายผ่านปัจจัยต่าง ๆ ในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังเช่นงานการบุทส่งเสริมร่วมกับเทคนิคการคัดเลือกคุณลักษณะเพื่อขยายขีดความสามารถในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ของ พุทธิพร ธนธรรมเมธี, สายฝน เอกวรางกูร, เรวดี เพชรศิริสาส์น และลัดดา เกียมวงศ์ (2563) ผลการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ผ่านการตอบคำถามการประเมิน 9 ข้อ มีข้อความที่มีความไวสูงสุดต่อการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ คือ การเป็นโรคร้ายแรงหรือเรื้อรัง มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมาก อันเนื่องมาจากการเป็นโรคร้ายแรงหรือเรื้อรังนั้น ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทั้งร่างกายและจิตใจ ไร้คุณค่า จนนำไปสู่การจบชีวิตตนเองได้ในที่สุด การมีเรื่องกดดันหรือคับข้องใจ มีสีหน้าที่เป็นทุกข์ เศร้าซึม ร้องไห้ และการสูญเสียของรัก เงินทอง หรือบุคคลอันเป็นที่รัก เช่นเดียวกับ Oon-aroma, Wongpakarana, Satthapisit, Saisavoey, Kuntawong, & Wongpakaran. (2019) ได้สรุปว่าความผูกพันที่มีความวิตกกังวลสูงลักษณะการผูกติดที่หมกมุ่นมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ การตรวจสอบเพิ่มเติมโดยเน้นที่ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความผูกพันและการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้รับการรับรอง รูปแบบความวิตกกังวลทำให้ระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

4. ปัจจัยการรับรู้

4.1 ความหมายของการรับรู้

การรับรู้ หรือ Perception หมายถึง เป็นการแปลความหมายจากการสัมผัส เริ่มต้นตั้งแต่การมีสิ่งเร้ามากระทบอวัยวะ การรับสัมผัสทั้งห้า แล้วมีการส่งไปยังกระแสประสาทของสมอง เพื่อมีการ

ประมวลผลความกระบวนกรสื่อสารที่สำคัญระหว่างบุคคลในสังคมเพื่อสร้างความเข้าใจ การรับรู้ ความหมายของสิ่งที่ต้องการสื่อสารระหว่างบุคคลกับผู้อื่นคือ การรับรู้ (Perception) เพื่อการตีความและแสดงปฏิกิริยาในขั้นต่อไป เช่น แม่บอกให้ลูกไปเก็บสมุด แต่หากการรับรู้ของเด็กไม่เข้าใจว่า สมุดเล่มไหน? สีอะไร? เด็กก็ไม่สามารถที่จะไปเก็บหรือแสดงพฤติกรรมตามที่แม่สื่อสารได้ แต่หากสังคมและกลุ่มสังคมใดที่มีการสื่อสารผิดพลาดบ่อยครั้ง ก็อาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน ปัญหาระหว่างบุคคลได้ และถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไขก็อาจจะส่งผลได้เช่นกัน การรับรู้จึงมีความจำเป็นอย่างมากต่อการดำรงใช้ชีวิตในสังคมต่าง ๆ ในงานของ นพมาศ ธีรเวคิน (2539) ได้อธิบายเกี่ยวกับการรับรู้ว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากในกระบวนการสื่อสาร โดยกระบวนการรับรู้ของมนุษย์นั้นมีความเกี่ยวพันระหว่างพฤติกรรมและอุปนิสัยหรือบุคลิกภาพ เช่น คนที่เข้มแข็งเวลาเจอเรื่องทุกข์ จะไม่ค่อยแสดงอาการอ่อนแอให้เห็น ซึ่งแตกต่างกับคนที่อ่อนแอจะแสดงพฤติกรรมอ่อนแอให้เห็นได้ชัด อาทิ การร้องไห้ มือไม้สั่นตัวสั่น เป็นต้น แท้จริงการรับรู้เกี่ยวกับบุคคลเป็นเรื่องที่ซับซ้อนอย่างมาก เนื่องจากนอกจากเกี่ยวกับบุคคลแล้ว ยังมีเรื่องของปัจจัยสิ่งแวดล้อมและตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพราะการที่พบเจอพฤติกรรมที่ผิดพลาดมักเกิดจากการเข้ามาแทรกของตัวแปรสิ่งแวดล้อมในกระบวนการตัดสินใจหลังจากรับรู้ ดังนั้นบุคลิกภาพ อุปนิสัยและอื่น ๆ ไม่เพียงพอที่จะอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมของบุคคลนั้นได้

4.2 รูปแบบหรือประเภทของการรับรู้

กระบวนการรับรู้เกิดจากกระบวนการที่มีความคาบเกี่ยวกันระหว่างในเรื่องของความเข้าใจ การคิด การรู้สึก (Sensing) ไปสู่ความจำ (Memory) เกิดการเรียนรู้ (Learning) และการตัดสินใจ (Decision making) กระบวนการของการรับรู้ เกิดขึ้นตามลำดับโดยมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ 1) มีสิ่งเร้า (Stimulus) ทำให้เกิดการรับรู้ เช่น เหตุการณ์ หรือสถานการณ์ สิ่งแวดล้อม รอบกายทั้งที่เป็นคน สัตว์ และสิ่งของ 2) ประสาทสัมผัส (Sense Organs) อาทิ สัมผัสทั้ง 5 คือ ตาหูได้ยินเสียง จมูกได้รับกลิ่น ลิ้นสัมผัสรส และผิวหนังมีความรู้สึกถึงอากาศร้อนหรือหนาวได้ 3) ประสาทการณ หรือความรู้เดิมที่เกี่ยวข้องจากการเกิดสิ่งเร้าที่ได้สัมผัส 4) การแปลความหมายจากสิ่งที่สัมผัส สิ่งเคยพบเจอและยังคงอยู่ ความทรงจำของสมอง เมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้านั้นเหมือนในอดีต ก็จะเกิดการทบทวนกับความรู้เดิมที่มีอยู่ว่าสิ่งเร้านั้นคืออะไร เช่น การที่เราเห็นมิด และหากในอดีตเราเคยโดนมิดบาด สมองก็ทบทวนว่ามีदनันอันตรายควรใช้อย่างระมัดระวัง เพื่อไม่ให้มิดบาดแบบในอดีต เป็นต้น นอกจากนี้ในส่วนขององค์ประกอบของการรับรู้ ประกอบไปด้วย 8 อย่าง คือ 1) สิ่งเร้าที่เป็นวัตถุ 2) อวัยวะที่รับสัมผัส 3) ประสาทสัมผัส ตัวกลางที่ทำหน้าที่ในการส่งกระแสประสาทไปยังสมอง เพื่อแปลความหมาย 4) ประสาทการณเดิม

จากการรู้จัก การจดจำ ที่ทำให้การรับรู้ดีขึ้น 5) ค่านิยมและทัศนคติ 6) ความใส่ใจ ความตั้งใจ 7) สภาพจิตใจและอารมณ์ และ 8) ความสามารถทางสติปัญญาที่ทำให้เกิดการรับรู้ได้อย่างรวดเร็ว

องค์ประกอบของการรับรู้ในด้านของทางสังคม จากบทความของ กิตติพงษ์ สีสสุทโธ และรัชชานนท์ ศุภพงศ์พิเชฐ (2558) ได้มีการอธิบายถึงองค์ประกอบของการรับรู้ทางสังคมประกอบด้วย 5 ข้อต่อไปนี้ 1) เจตคติ คือความรู้สึก ความเชื่อ แนวโน้มที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของ หรือความคิด อีกความหมายก็คือ สภาวะความพร้อมทางจิตที่เกี่ยวข้องต่อความคิด ความรู้สึก แนวโน้มของพฤติกรรมที่มีต่อบุคคล สิ่งของ และสถานการณ์โดยจะมีทิศทางไปตามภาวะความพร้อมของจิตใจ เช่น หากมีเจตคติที่ดีก็จะทำแต่เรื่องที่ดี ๆ เป็นต้น 2) การรับรู้ภาพพจน์ตนเอง คือ การเข้าใจตนเองทั้งในทางบวกและทางลบในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของร่างกาย ด้านจิตใจของตนเอง เพื่อจะได้เข้าใจว่าตนเองเป็นที่มีภาพพจน์เป็นอย่างไร หรือเรียกอีกอย่างว่า อัตมโนภาพ (Self-Concept) 3) การรับรู้บุคคลอื่น การรับรู้ตนเอง เพื่อทำให้เกิดการรับรู้ถึงประสบการณ์และความสามารถที่ตนเองมีที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตของตนเอง หน่วยงานและสังคม 4) การขัดแย้งระหว่างบุคคล คือการรับรู้ความผิดพลาดของคนอื่น อาจก่อให้เกิดปัญหาและความขัดแย้งตามมาได้ ซึ่งอาจเกิดได้ตั้งแต่เรื่องเล็กน้อยกระทั่งเรื่องราวใหญ่โต เช่น ปัญหาการทะเลาะวิวาทของวัยรุ่น ที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม หรือปัญหาครอบครัวแตกแยก เป็นต้น สาเหตุเกิดจากความขัดแย้งที่มาจากระหว่างบุคคล เนื่องมาจากการไม่ได้รับการตอบสนองทางความคิดและทัศนคติ เกิดความแตกต่างเรื่องของค่านิยม ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ได้เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ 5) การสร้างมิตรภาพระหว่างบุคคล เป็นพื้นฐานสำคัญของการอยู่ร่วมกันของคนในสังคมที่ต้องสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดความรักใคร่ สามัคคี ขอบพอกัน หรือเป็นมิตรที่ดีต่อกัน ซึ่งเป็นหนทางในการนำไปสู่การใช้ชีวิตร่วมกันอย่างเป็นมิตรภาพต่อกันระหว่างบุคคล

อย่างไรก็ตาม กระบวนการรับรู้ก็ย่อมมีการรับรู้ที่อาจผิดพลาดได้ เช่น การได้ยินไม่ชัดเจน หรือการได้ยินที่เข้าใจผิดประเด็นไปจากเดิม อันเนื่องมาจากประสบการณ์และค่านิยมในแต่ละบุคคลที่ไม่เหมือนกัน ดังนั้นการรับรู้ที่จะส่งผลให้เกิดความแม่นยำและถูกต้องนั้นก็คือ การรับรู้ที่จะต้องเกิดจากกระบวนการคิดอย่างพิจารณาและไตร่ตรองเป็นอย่างมากแล้ว

4.3 แนวคิดทฤษฎีการรับรู้

การเรียนรู้จะเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับความรู้ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมาจากปัจจัยประสาทสัมผัส ปัจจัยทางจิต ความต้องการ เจตคติ ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ โดยหลักการเหล่านี้จะนำไปสู่

กระบวนการเรียนรู้ นอกจากนี้ งานวิจัยของ นรินทร์ พงษ์พุ่ม (2562) ได้อธิบายถึงการรับรู้ในชีวิตประจำวันสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มคือ 1) การรับรู้วัตถุ (material perception) เป็นการรับรู้ในเรื่องขนาด รูปร่าง ทั้งในเรื่องของคุณสมบัติวัตถุ หรือคุณค่าของวัตถุ โดยขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลแต่ละคน ในแง่ของประสบการณ์ส่วนตัว ทักษะคิด ค่านิยม ความสนใจ แรงจูงใจ บุคลิกภาพ อารมณ์และสติปัญญา และขึ้นอยู่กับอิทธิพลขององค์ประกอบสิ่งเร้าที่เป็นวัตถุนั้นด้วย 2) การรับรู้บุคคล (human perception) เป็นกระบวนการในการรับรู้เข้าใจตนเองและบุคคลอื่นที่อยู่รอบตนเอง โดยมีปัจจัยหลากหลายที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ได้แก่ ตัวผู้รับ (perceiving person) สติปัญญาและความสามารถส่วนตัว (Intelligence and capacity) เป็นการแสดงออก การมีไหวพริบดี ความฉลาดเพื่อใช้ในการพิจารณาและทำความเข้าใจกับผู้อื่น โดยการนำประสบการณ์การเรียนรู้ในอดีตมาตีความสัมผัสได้ดีกว่าคนที่ฉลาดน้อยกว่า ความสนใจและความตั้งใจ (interest and attention) บุคคลที่มีความสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งและความตั้งใจเพื่อการเรียนรู้กับสิ่งต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากความพยายาม สภาวะอารมณ์ (emotional state) อารมณ์ในการรับรู้ มีอิทธิพลต่อการแปลความหมายต่อสิ่งที่เรารับรู้ ทักษะคิด (attitude) จากผู้รับเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบิดเบือนในการรับรู้ให้แตกต่างจากความเป็นจริง สภาพแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้า (environment) สิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ ทางสังคม วัฒนธรรม ล้วนมีอิทธิพลต่อการทำให้การรับรู้ในแต่ละบุคคลมีความแม่นยำขึ้น เพราะผู้รับมักแปลความหมายของบุคคลที่ตนรับรู้โดยไม่รู้ตัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับและผู้ถูกรับรู้ (relationship between perceiving person and perceived person) เป็นความสัมพันธ์อันใกล้ชิด ที่ทำให้ผู้รับมองผู้ถูกรับรู้ว่าเป็นอิสระจากสิ่งแวดล้อม แต่ก็อาจส่งผลให้การรับรู้ผิดพลาดได้ เนื่องมาจากผู้ถูกรับรู้มักนำอคติจากประสบการณ์เข้ามาเกี่ยวข้องในการแปลความหมายที่ตนรับรู้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นแนวคิดของเบนดูราในการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองที่จะมีผลต่อการประพฤติปฏิบัติของบุคคล โดยได้ใช้แนวคิด 2 ประการคือ 1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการตัดสินใจของบุคคลในเรื่องของความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จตามเป้าหมาย และ 2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ เป็นการตัดสินใจว่าการกระทำพฤติกรรมที่กระทำไปนั้น จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งจากการงานของ สุปราณี หมั่นยา (2560) ได้อธิบายถึงการออกกำลังกายของผู้สูงอายุต่อการประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน โดยนำมาใช้ด้วยการส่งเสริมสมรรถนะในตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการออกกำลังกาย เกิดความมั่นใจในสมรรถนะของตนเอง และมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการออกกำลังกายอย่างถูกต้องและยั่งยืน

ต่อไป จากรายงานของ กัตติกา ธนะขว้าง, วันทนา ถิ่นกาญจน์ และรวมพร คงกำเนิด (2558) ในการวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย ได้มองเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เนื่องจากการพบว่าความทุกข์จากโรคเบาหวานเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุดของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวาน และในการศึกษาพบว่าภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวาน และยังมีการพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน วิธีการรักษาโรค และเทคนิคในการจัดการตนเองในการควบคุมโรคและดูแลสุขภาพจิตที่ดีมากกว่า ซึ่งอาจป้องกันการพัฒนาภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ ฉัตรฤดี ภาระญาติ (2558) ได้อธิบายถึง การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.9 โดยทั้งสองปัจจัยมีความสำคัญสามารถส่งเสริมให้พัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะเป็นพลังของสังคม เพราะสามารถทำประโยชน์ต่อชุมชน และครอบครัวได้ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตนั้นต้องอาศัยปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมและ การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี โดยทั้งครอบครัว ชุมชน สังคม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพลังจิตที่ดี สามารถจัดการและปรับตัวได้เมื่อต้องพบเจอกับปัญหาสถานการณ์ที่ลำบาก มีศักยภาพในการดูแลตนเอง ลดภาวะพึ่งพา และมีคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ

ดังนั้นจากการอธิบายถึงทฤษฎีการรับรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งทำให้เห็นถึงผลของการรับรู้ในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการรับรู้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้การดูแลสุขภาพตนเอง และการรับรู้การช่วยเหลือจากครอบครัวหรือบุคคลอื่น โดยเมื่อเกิดการรับรู้ในตัวบุคคลก็จะแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำจากสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากประสบการณ์หรือความสามารถของตนเองเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ตอบสนองต่อความต้องการและเป้าหมายคาดหวังไว้

4.4 ปัจจัยการรับรู้ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

การรับรู้การช่วยเหลือจากครอบครัว ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการรับรู้ที่สำคัญต่อผู้สูงอายุอย่างมาก จากงานของ Chunkai, Shan, & Xinwen (2019) ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นและการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ระหว่างวัยเชิงบวกกับลูก ๆ และหากได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอย่างเพียงพอ ก็จะมีแนวโน้มอาการซึมเศร้าน้อย ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างวัยมีผลโดยตรงต่อระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ รวมถึงในงานของ Tosangworn, Clissettb, & Blake (2018) อธิบายถึงผู้สูงอายุที่รับรู้ถึงความ

อภัยภายในสูงจากการใช้ชีวิตในสถานดูแลมีแนวโน้มที่จะรายงานว่ามีอาการซึมเศร้ามากกว่าเก่าเท่า ความพยายามในการลดหรือป้องกันการรับรู้ตราบาภายในอาจช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ การแทรกแซง อาจรวมถึงการทำงานร่วมกันของสื่อการแทรกแซงด้านการศึกษาในสถานดูแลเด็กและการจัดกิจกรรมทางสังคมสำหรับผู้อยู่อาศัยและครอบครัว นอกจากนี้ ดังในงานวิจัยของ ปวีณา นพโสทร (2556) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พบว่า โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ เช่นเดียวกัน นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยภิตติ (2557) ได้ศึกษาเรื่อง ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ มีการอธิบายถึงแนวทางในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากสาเหตุในการเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดได้จากหลากหลายปัจจัยร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นทั้งในเรื่องของการทำงานของสมอง การเปลี่ยนด้านร่างกายและจิตใจ สังคม สภาพแวดล้อม ประสบการณ์การสูญเสีย โดยมีการนำแนวคิด การบำบัดทางจิตสังคม เป็นการบำบัดเพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยและเกิดประสิทธิภาพ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) การบำบัดทางกาย ได้แก่ การรักษาด้วยยา รักษาด้วยไฟฟ้า และการกระตุ้นสมองเฉพาที่ ด้วยสนามแม่เหล็ก และในส่วนที่ 2) เป็นการบำบัดทางจิตสังคม เป็นการผนวกการรักษาด้านจิตใจและสังคมเข้าด้วยกัน โดยการบำบัดรักษาสามารถทำได้ทั้งรายบุคคล รายกลุ่มและครอบครัว โดยมีการพิจารณาจากสภาพปัญหาของผู้ป่วยและอาการของผู้ป่วยในระยะต่าง ๆ มีทั้งวิธีการให้คำปรึกษา, กลุ่มจิตบำบัด, สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดหรือนิเวศบำบัด และครอบครัวบำบัด เป็นการบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทุกระดับ ที่ต้องทำให้คนในครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล รับฟังปัญหา พร้อมช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยทำหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด รับฟังปัญหา สังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ทั้งอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ท่าทีคำพูด ที่อาจจะแสดงถึงความรุนแรงของอารมณ์ ความสิ้นหวัง ไม่มีคุณค่าการจากลา ความคิดจะฆ่าตัวตาย จึงจำเป็นต้องมีการให้กำลังใจกัน ชื่นชมเมื่อผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ควรมีการแสดงความรัก ความผูกพันระหว่างภายในสมาชิกในครอบครัว เรียนรู้ ยอมรับเข้าใจความแตกต่างซึ่งกันและกัน ดังเช่นในบทความของ ภาวดี เหมทานนท์, ภาณุพงศ์ เฉลิมทรง, ภัทรารุช ชูแก้งรุ่ง และภัทรธิดา ฟองงาม (2562) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการระลึกความหลังแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: การศึกษานำร่องกับผู้สูงอายุตำบลบ้านไม้แดง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช อธิบายถึงการนำโปรแกรมการระลึกความหลังแบบบูรณาการ โดยการให้ผู้สูงอายุเล่าถึงเรื่องราวที่อยู่ในความทรงจำ เหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งที่ส่งผลต่อทางบวกและความรู้สึกทางลบ เมื่อผู้สูงอายุได้มีการอธิบายถึงความลำบาก

ความยากจน หนี้สิน แต่ผู้วิจัยในโปรแกรมนี้ก็ได้สะท้อนให้คิดถึงการช่วยเหลือที่ได้รับจากครอบครัว หรือ คู่สมรส ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกภูมิใจ และแสดงสีหน้าที่ยิ้มแย้ม และพูดเล่าด้วยน้ำเสียงที่หนักแน่น สร้างความมั่นใจและเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองกับสิ่งตนเองได้ประสบพบเจอมาสามารถปรับตัวต่อความคับข้องใจในปัจจุบัน และช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

ด้านการรับรู้การดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ นับว่าเป็นประเด็นสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุได้ ดังในงานของ Yodmai, & Somrongthong (2016) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบปัญหาสุขภาพเรื้อรังมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มอาการของการเผาผลาญและอาการปวดกล้ามเนื้อ และข้อต่อ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงจำเป็นเพื่อนำมาพิจารณาเพื่อส่งมอบ QOL ที่ดีขึ้นให้กับผู้สูงอายุ ระดับอาการซึมเศร้าพบในผู้สูงอายุ 15.5% ซึ่งควรได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลและชุมชนเพื่อคลายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุแม้ว่าในการศึกษานี้ไม่ได้แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิต ตัวอย่างงานของ บุษราคม จิตอารีย์ (2555) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยที่อายุ เพศ สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ เช่นเดียวกันกับงานของ Kim, Choe, & Chae (2009) ที่มีการวิเคราะห์ถึงการถดถอยของการรับรู้ภาวะสุขภาพที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเกาหลี พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญและทรงพลังที่อธิบายถึงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวเกาหลี นอกจากนี้ การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี ของ นภา พวงรอด (2558) ได้อธิบายถึงปัจจัยทางชีวภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ คือการที่ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยจนต้องพบแพทย์ในช่วง 1 ปี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.5 อันเนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป หรือเหตุการณ์ภายในครอบครัวที่สร้างความไม่สบายใจ หรือการเจ็บป่วยจนมีภาวะทุพพลภาพ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงส่งผลต่อผู้สูงอายุทำให้รู้สึกมีคุณค่าลดลง มีภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ และรู้สึกอาลัยกับชีวิตตนเอง นอกจากนี้ผลกระทบของสุขภาพกายและจิตที่ส่งผลกระทบต่อกันได้เสมอไม่ว่าจะเจ็บป่วยในด้านใดย่อมส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้เสมอ ดังเช่นงานเรื่องการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุของ กันยารัตน์ อุบลวรรณ, อัจฉรียา พ่วงแก้ว, วิยะการ แสงหัวช้าง และกุลิสรา ขุนพินิจ (2561) ได้อธิบายถึงปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดีมาก

เท่าไร ยิ่งส่งผลต่อระดับความสุขมากเท่านั้น เนื่องจากสุขภาพกายและสุขภาพใจไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันได้ หากสุขภาพด้านใดมีการเปลี่ยนแปลงไปก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพอีกด้านหนึ่งด้วย ขณะเดียวกันกับงานของ Karuncharernpanit, Limrat, Makaroon, Khumnate, Chayvijit, Sukomol, *et. al.* (2016) พบว่าความสัมพันธ์ที่อาจเป็นแนวทางการปฏิบัติในอนาคต โดยเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอิสระปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะสุขภาพพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันหรือชะลอการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเพิ่มรายได้ผู้สูงอายุโดยการส่งเสริมอาชีพที่เหมาะสม

ด้านการรับรู้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ในด้านของการวางแผนความพร้อมในชีวิตประจำวัน ทั้งเรื่องของด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ก็นับว่าเป็นเรื่องที่เราที่ส่งผลต่อพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้สูงอายุได้ในอนาคต ดังในงานของ ขันัญญา ปัญจพล (2558) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง อายุ 50-59 ปี สมรสเกินครึ่ง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีรายได้ 30,001-45,000 บาท/เดือน และมีที่อยู่อาศัยเป็นเจ้าของบ้าน มีความรู้ของข้าราชการต่อการเป็นผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีศักยภาพมีความรู้อยู่ในระดับมาก และการรับรู้การเตรียมความพร้อมของหน่วยงานมีความรู้ในระดับมาก เช่นกัน ด้านเศรษฐกิจมีการเตรียมความพร้อมมากที่สุด รองลงมาคือด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านร่างกาย ส่วนการเปรียบเทียบความสัมพันธ์กับลักษณะการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา เงินเดือน และลักษณะที่อยู่อาศัย มีผลต่อลักษณะการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ด้านความรู้ต่อการเป็นผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ การรับรู้ของการเตรียมความพร้อมของหน่วยงาน มีผลต่อลักษณะการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีการเตรียมความพร้อม อันเนื่องมาจากการได้รับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ในอนาคตและได้มีการเตรียมความพร้อมจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุนั้นเอง นอกจากนี้ผลจากการวิจัยปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน โดย อรัญญา นามวงศ์ และคณะ (2561) จากแบบสอบถาม 7 ชุด โดยหนึ่งในนั้นมีองค์ประกอบในเรื่องของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง และผลในส่วนของการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เนื่องมาจาก การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมหรือทำได้น้อย จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกของการมีคุณค่าลดน้อยลง

จนถึงมีภาวะซึมเศร้าได้ และในขณะเดียวกันในทางตรงกันข้าม หากผู้สูงอายุสามารถที่จะทำกิจกรรมเหล่านั้นได้โดยไม่ต้องพึ่งพาคนบุคคลอื่น ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จึงไม่เกิดภาวะความซึมเศร้าได้ง่าย ๆ

5. ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม

5.1 ความหมายการสนับสนุนทางสังคม

คนเราทุกคนเกิดมาไม่สามารถอยู่ตัวคนเดียวได้เสมอไป ต้องมีการสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ภายในสังคม ผ่านวิธีการติดต่อสื่อสารพูดคุย เพื่อแลกเปลี่ยนเรื่องราว ข้อมูล ข่าวสารต่าง ๆ รวมถึงการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยมีตั้งแต่จุดรวมตัวเล็ก ๆ แต่สำคัญ อย่างครอบครัว จนกลายเป็นระดับชุมชน จนถึงกระทั่งระดับสังคมหรือประเทศ การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง มองเห็นคุณค่า ความผูกพันซึ่งกันและกัน ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสาร การให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือ เวลา ความคิด ซึ่งการได้รับสิ่งต่าง ๆ มีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ ที่ทำให้ผู้รับเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มาคุกคามต่อร่างกาย และจิตใจได้ โดยการสนับสนุนทางสังคมจะเกิดขึ้นระหว่างปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลเท่านั้น (นันทินี ศุภมงคล, 2547) นอกจากนี้ในงานของ ไพศาล แยมวงษ์ (2555) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ กับแหล่งที่เอื้ออำนวยทางสังคมของตนเอง เช่น ครอบครัว เพื่อน ครูอาจารย์ หรือหน่วยงานทางสังคมอื่น ๆ ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง สามารถตัดสินคุณค่าเชิงปริมาณของการมีปฏิสัมพันธ์ ความช่วยเหลือ การดูแลเอาใจใส่ การเคารพให้เกียรติ รวมถึงข้อมูลข่าวสารที่บุคคลได้รับทั้งหมด

5.2 รูปแบบการสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน โดยแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม จัดแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) กลุ่มปฐมภูมิ คือ กลุ่มที่มีความสนิทสนม ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง 2) กลุ่มทุติยภูมิ คือ กลุ่มทางสังคมที่ความสัมพันธ์ตามแผนและเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลของบรรทัดฐานบางอย่างของบุคคลในสังคมกลุ่มนั้น นอกจากนี้ ประเภทหรือชนิดของการสนับสนุนทางสังคม มีหลากหลายที่แสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนทางสังคม จากงานของ คอลัฟ ต่วนบุละ, มาหะมะดารี แวนโอะ และมุฮัมมัดราฟิ์ มะเก็ง (2560) ได้อธิบาย

ถึงประเภทหรือชนิดของการสนับสนุนทางสังคม คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ คือการให้ความยอมรับนับถือการแสดงถึงความห่วงใย ผูกพัน รู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ การให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ การยอมรับเห็นคุณค่าและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 2) การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การให้คำแนะนำ ตักเตือน คำปรึกษา และการให้ข้อมูลข่าวสารในรูปแบบต่าง ๆ ในการแก้ปัญหาหรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล 3) การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือให้ความช่วยเหลือสิ่งของเงินทอง ช่วยเหลือด้านแรงงานอุปกรณ์ที่จะทำให้สามารถดำรงบทบาทหน้าที่รับผิดชอบตามปกติได้ และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินผล เป็นการคืนข้อมูลป้อนกลับ เห็นพ้องหรือรับรอง ผลการปฏิบัติ เป็นการบอกให้ทราบผลถึงผลที่ดีของผู้ได้รับปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นเรื่องสำคัญต่อผู้สูงอายุ ที่นับว่ามีความจำเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจเป็นสำคัญ ดังในงานของ อาทิงงานของ Tosangwan, Clissett, & Blake (2018) ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ถึงความอภัยของตนเองภายในใจที่มีสูง จากการใช้ชีวิตในสถานดูแล มีแนวโน้มที่ว่ามีอาการซึมเศร้ามากกว่า 9 เท่า ความพยายามต่อการลดหรือป้องกันการรับรู้ตราบาภายในอาจช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ โดยใช้วิธีการแทรกแซงอาจรวมถึงการทำงานร่วมกันของสื่อการแทรกแซงด้านการศึกษาในสถานดูแลและการจัดกิจกรรมทางสังคมสำหรับผู้อยู่อาศัยและครอบครัว นอกจากนี้ ดังงานของ พยาม การดี, พรรณพิมล สุขวงษ์ และดาว เวียงคำ (2559) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมาจาก 3 แหล่งที่สำคัญ คือ ครอบครัว ที่เป็นแหล่งศูนย์รวมความรัก วัด คือ ศูนย์กลางที่ใช้ไว้วางใจ และโรงพยาบาล คือ ศูนย์รวมของความช่วยเหลือ ซึ่งแรงสนับสนุนจาก 3 แหล่งที่พบเจอนั้นอาจนำไปสู่แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุทั้งในชุมชนและโรงพยาบาล เพื่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

นอกจากนี้ในงานของ Chen, Alston, & Guo (2019) ได้ผลวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมอาจสามารถทำได้ผ่านเครือข่ายสังคมที่ก่อให้เกิดผลที่ดีแก่ผู้สูงอายุโดยตรง เนื่องจากบทบาทในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีอายุมากให้ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ตึงเครียด ซึ่งนโยบายสังคมในปัจจุบัน มุ่งเน้นไปที่การปรับปรุงสภาพแวดล้อมวัตถุประสงค์สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุมากเป็นหลัก ตัวอย่างเช่นงานสังคมสงเคราะห์เป็นกลุ่มอาจช่วยให้ผู้สูงอายุสร้างหรือรักษาความสัมพันธ์ทางสังคมและความช่วยเหลือทางจิตใจส่วนบุคคลอาจช่วยให้ผู้สูงอายุพัฒนากลยุทธ์การเผชิญปัญหาเชิงบวกได้ดียิ่งขึ้น

5.3 แนวคิดและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ โดยทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support theory) มีแนวคิดพื้นฐานจากการศึกษาทางสังคมจิตวิทยา จนได้มีการศึกษาถึงผลกระทบของแรงสนับสนุนในด้านต่าง ๆ รวมถึงพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยที่แรงสนับสนุนจากสังคมมีส่วนช่วยให้คนมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในเรื่องของด้านสุขภาพ โดยมีการพบว่า “การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนเรานั้น จะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคล ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราอยู่ตลอดเวลา” ซึ่งมีผลต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ คือสิ่งจำเป็นในสังคมปัจจุบัน อาจได้รับจากบุคคลที่มีความใกล้ชิด อาทิเช่น ผู้ปกครอง ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หรือบุคลากรทางการแพทย์ อันเนื่องจากสังคมไทยมีลักษณะเครือข่ายที่ต้องอาศัยพึ่งพาซึ่งกันและกัน (วิภาวี เหล่าจตุรพิศ, 2553)

แนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม หรือ Social Support ของ House (1981) ได้อธิบายถึงการสนับสนุนทางสังคม เกิดจากการที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านของการให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน โดยแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion Support) เช่น การให้ความพื่อใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย 2) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information Support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ และ 4) การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์และการบริการ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

สิทธิของผู้สูงอายุ ถือเป็นสิ่งใหม่และเป็นสิ่งที่ยากจะเข้าใจสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เลือกที่จะเพิกเฉย ทำให้ขาดความรู้ในเรื่องสิทธิที่ตนเองพึงควรได้รับ ถือเป็นเรื่องที่สำคัญมากต่อการใช้ชีวิตด้านต่าง ๆ ในสังคมที่มีการเตรียมเอื้อต่อผู้สูงอายุอย่างมากมาย โดยสิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ จากกรมกิจการผู้สูงอายุ (2563) ได้มีการอธิบายถึงการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) ด้านการแพทย์และสาธารณสุข สิ่งที่ผู้สูงอายุจะได้รับคือ มีการจัดช่องทางพิเศษเฉพาะผู้สูงอายุได้รับบริการสะดวก รวดเร็ว 2) ด้านการศึกษา ศาสนา และข้อมูลข่าวสาร สิ่งที่ผู้สูงอายุจะได้รับคือ การจัดศูนย์เรียนในชุมชน หลักสูตรเกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งในและนอก

ระบบ ตั้งแต่ขั้นพื้นฐานถึงอุดมศึกษาอย่างต่อเนื่อง 3) ด้านการประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม สิ่งที่สูงอายุจะได้รับคือ ข้อมูล การจัดหา รับสมัครงาน ตำแหน่งว่าง การอบรมฝึกอาชีพ โดยมีศูนย์กลาง เป็นการเฉพาะที่จะจัดหางานทุกแห่ง 4) การพัฒนาตนเอง มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่ม ในลักษณะเครือข่าย/ชุมชน สิ่งที่สูงอายุจะได้รับคือ มีการส่งเสริม สนับสนุนกลุ่มหรือลุ่มมผู้สูงอายุ ให้มี กิจกรรมส่วนร่วมทางสังคมภายในและระหว่างชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุ จากการจัดกิจกรรมทางกีฬา นันทนาการและการถ่ายทอดภูมิปัญญา 5) ด้านการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ บริการสาธารณะอื่น สิ่งที่สูงอายุจะได้รับคือ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การดูแล ช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ บริการสะดวก รวดเร็ว และปลอดภัย มีการจัดหาพาหนะสำหรับผู้สูงอายุ 6) ด้านการอำนวยความสะดวกโดยสธาร การอำนวยความสะดวกในการเดินทางรถไฟแห่งประเทศไทย สิ่งที่สูงอายุจะได้รับคือ มีการลดค่าโดยสารครึ่งราคาทุกชั้น ตลอดสาย ไม่รวมค่าธรรมเนียม ระหว่างเดือนมิถุนายนถึง กันยายน โดยที่ผู้สูงอายุไม่ต้องรอเข้าแถวซื้อตั๋ว มีที่นั่งรอรับตั๋ว และพนักงานที่ช่วยในการยกสัมภาระให้ 7) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ สิ่งที่สูงอายุจะได้รับคือ ยกเว้นค่าเข้าชม เช่น พิพิธภัณฑ์สถานแห่งชาติ อุทยานแห่งชาติ อุทยานประวัติศาสตร์ เป็นต้น 8) ด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่ได้รับอันตรายจากการทรูณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง สิ่งที่สูงอายุจะได้รับคือ การให้คำแนะนำ ปรีกษา และให้การช่วยเหลือตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางการแก้ไขปัญหาครอบครัว 9) การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี และในทางการแก้ไขปัญหาครอบครัว สิ่งที่สูงอายุจะได้รับคือ การให้คำแนะนำ ปรีกษา และให้การช่วยเหลือตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางการแก้ไขปัญหาครอบครัว 10) ด้านการช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง สิ่งที่สูงอายุจะได้รับคือ จะได้รับการช่วยเหลือจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการคุ้มครอง การส่งเสริม การสนับสนุน การจัดหาที่พักอาศัย อาหารและรวมถึงเครื่องนุ่งห่มให้ผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง 11) ด้านการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพ สิ่งที่สูงอายุจะได้รับคือ โดยจะเป็นไปตามคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยจะเริ่มตั้งแต่อายุ 60-90 ปีขึ้นไป โดยในแต่ละช่วงอายุจะได้รับเงินเดือนไม่เท่ากัน โดยเริ่มต้นที่ 600 - 1,000 บาท 12) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์คือ (1) อายุ 60 ปีขึ้นไป (2) มีสัญชาติไทย (3) ครอบครัวมีความยากจน (4) ไม่มีญาติหรือมี

ญาติยากจน หากเป็นไปตามเกณฑ์ ก็จะได้รับ的帮助เหลือรายละ 2,000 บาท 13) การจัดบริการสถานที่ท่องเที่ยว การจัดกิจกรรมกีฬาและนันทนาการตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติประกาศกำหนด สิ่งที่ผู้สูงอายุจะได้รับคือ การจัดกิจกรรมโครงการต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ 14) การจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกด้านพิพิธภัณฑ โบราณสถาน หอจดหมายเหตุแห่งชาติ และการจัดกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม ตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติประกาศกำหนด สิ่งที่ผู้สูงอายุจะได้รับคือ มีการจัดบริการโดยตรงสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ลิฟต์ พื้นเรียบ ราวบันได ราวจับในห้องน้ำ จัดเจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกและความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ มีการจัดบริการรถเข็น 15) ด้านการลดหย่อนภาษีเงินได้ และการลดหย่อนภาษีให้แก่ผู้บริจาคทรัพย์สิน เงินให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ บุคคลที่จะได้รับคือ ผู้ที่เลี้ยงดูบิดา มารดา จะได้รับการลดหย่อนภาษี 30,000 บาท และผู้บริจาคทรัพย์สิน เงิน ให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ สามารถนำใบเสร็จไปลดหย่อนภาษีได้ และ16) ด้านกองทุนผู้สูงอายุ สิ่งที่จะได้รับคือ การให้กู้ยืมเงินทุนเพื่อประกอบอาชีพรายบุคคล และรายกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุ โดยต้องชำระคืนเป็นรายงวด ภายในระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี โดยไม่มีดอกเบี้ย

โอกาสทางสังคมผู้สูงอายุ อาจไม่ได้หมายถึง โอกาสการทำงานของผู้สูงอายุมากนัก แต่มักหมายถึงโอกาสทางด้านธุรกิจที่ตอบสนองหรือรองรับการมาถึงของสังคมผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นมากมาย จากบทความสังคมผู้สูงอายุ:โอกาสของธุรกิจที่ยั่งยืนในอนาคต ของ เกษรา โพธิ์เย็น (2562, น 201-208) ที่แสดงให้เห็นถึงโอกาสทางธุรกิจต่าง ๆ เช่น ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ อาหารเพื่อสุขภาพ ความงามเพื่อชะลอวัย ดูแลผู้สูงอายุ ที่ปรึกษาวางแผนทางการเงินหลังเกษียณ เป็นต้น ซึ่งเป็นการเตรียมการปัจจุบันและอนาคตเท่านั้น แต่โอกาสที่ผู้สูงอายุทุกคนอาจไม่ได้สมหวังทุกคนที่จะได้ใช้โอกาสที่มีจากธุรกิจหรือสวัสดิการทางสังคมเหล่านั้น ดังที่ วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, และนพนัฐ จำปาเทศ (2561, น.111-113) เนื่องจากระเบียบระบบที่ซับซ้อนและบุคลากรขาดความรู้ การเมืองแทรกแซงบางพื้นที่ ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องโอกาสถูกเลือกปฏิบัติ จนไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมได้ นอกจากนี้ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในด้านต่าง ๆ ย่อมส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ หากไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างสมบูรณ์ ดังเช่นงาน การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ของ บัณชुर สวรรตนาการ (2559) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือจะมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดร้อยละ 24.4 เนื่องจากการทำให้ขาดการรับรู้ข่าวสาร ขาดต่อความสนใจสิ่งแวดล้อมปัญหาต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และระดับรายได้ความเพียงพอของรายได้ที่

ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.2 และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำงานหรือว่างงานได้มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดร้อยละ 15.8 ทั้งสองความสัมพันธ์คือ ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้ ทำให้ขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ที่จะส่งเสริมให้ร่างกายมีความสะดวกสบายในการดำเนินชีวิต และปัจจัยในด้านปัญหาครอบครัวและปัญหาสิ่งแวดล้อม โดยพบว่าความขัดแย้งในครอบครัวมีผลต่อภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 45.5 และปัญหาสิ่งแวดล้อมร้อยละ 40.0 อันเนื่องมาจากความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี มาจากสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีความขัดแย้งหรือถูกทอดทิ้งจากลูกหลานคิดว่าตนเองเป็นภาระของลูกหลานและครอบครัว จนเกิดความรู้สึกไร้คุณค่าในตนเองส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้นั่นเอง

การศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมประกอบไปด้วย การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร เป็นการสนับสนุนโดยผ่านข่าวสาร ความรู้ คำแนะนำหรือคำปรึกษา การสนับสนุนการบริการการแพทย์ เป็นการสนับสนุนในเรื่องทางการแพทย์ในการรักษา อุปกรณ์เครื่องมือการทางการแพทย์ คำแนะนำที่ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุการสนับสนุนการบริการการศึกษา เป็นการสนับสนุนในการให้ความรู้ การฝึกฝนความสามารถ พัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนรายได้และการทำงาน เป็นการสนับสนุนในเรื่องของสวัสดิการต่าง ๆ ทางสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้จากงานของ Junprasert, Polyota, Piasai, Chaiakkarakan (2016) ได้อธิบายถึงการสนับสนุนที่เกิดจากสังคมต่อผู้สูงอายุประกอบไปด้วยบทบาทของผู้ให้บริการที่แตกต่างกันจากระดับสังคมชุมชนและระดับบุคคล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิผลและประสบความสำเร็จต่อการดูแลผู้สูงอายุ เกิดจากการเสริมสร้างความร่วมมือและความต่อเนื่อง ในฐานะหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โดยบทบาทของกรมสุขภาพจิตคือการดูแลสุขภาพจิตของประชากรไทย รวมถึงการดำเนินนโยบายในอนาคตที่สามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลไม่ให้เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการนี้สามารถดำเนินการได้โดย กำหนดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสำหรับชุมชนท้องถิ่น เพื่อปฏิบัติการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ผ่านบทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพในชุมชนจากอาสาสมัครด้านการแพทย์สาธารณสุขอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุไปจนถึงพยาบาลและ หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ บุคลากรด้านการดูแลสุขภาพของชุมชนและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้รับมอบหมายให้ทำการสำรวจเพื่อสอบถามความต้องการของเจ้าหน้าที่สำหรับการพัฒนาความรู้และทักษะ ควรเชิญผู้เชี่ยวชาญมาให้ความรู้และทักษะที่เป็นประโยชน์ บุคลากรทางการแพทย์ควรใช้กิจกรรมจากแบบจำลองไปสู่การปฏิบัติจริงและกำหนด

รูปแบบการบรรยาย เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ รวมไปถึงการจัดทำเอกสารเรื่องราวและประสบการณ์จากบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ เพื่อเป็นแนวทางช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ในอนาคต

5.4 ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นโรคทางจิตที่พบบ่อยที่สุดในวัยชรา จากงานของ Babatsikou, Konsolaki, Notara, Kouri, Zyga, & Koutis (2017) อธิบายถึง ความชราของประชากรเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งส่งผลกระทบต่อสวัสดิภาพและคุณภาพชีวิตของทั้งสองฝ่ายอย่างมีนัยสำคัญบุคคลและครอบครัวของพวกเขา คาดว่าอัตราการซึมเศร้าของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นส่งผลให้ความต้องการทางการเงินเพิ่มขึ้นในระบบการดูแลสุขภาพและภาระทางการเงินในระดับท้องถิ่นหรือระดับชาติ อัตราการเกิดอาการซึมเศร้าที่สูงแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการมีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมที่แข็งแกร่งเพื่อเป็นการแทรกแซงที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมการสูงวัย

การสนับสนุนการบริการการแพทย์ ถือเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จากงานวิจัยของ อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุมีความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำ เพศ สถานภาพการสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ครอบครัวต่อเดือนไม่มีผลความสัมพันธ์และความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิดและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ และความสิ้นหวังและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ การรับรู้จากการสนับสนุนทางสังคมในการบริการการแพทย์ งานของ พยาม การดี, พรรณพิมล สุขวงศ์, และดาว เวียงคำ (2559) ได้ศึกษาการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน โดยมองจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมมาจาก 3 แหล่งคือ 1) ครอบครัว ศูนย์รวมความรัก 2) วัด คือศูนย์กลางพักใจ และ 3) โรงพยาบาลคือศูนย์รวมความช่วยเหลือ โดยในส่วนนี้ อธิบายถึงการรับรู้ของผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของร่างกายและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้โรงพยาบาลจึงเป็นที่พึ่งทางแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงแรงสนับสนุนการเป็นศูนย์กลางของความช่วยเหลือ โดยมี 2 ประเด็นดังนี้ 1) หมอและพยาบาล คือครูและผู้รักษา โดยการรับรู้ของผู้สูงอายุคือ หมอและพยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านข้อมูลของการรักษาอาการเจ็บป่วย รวมถึงการให้คำแนะนำในการ

ปฏิบัติต่าง ๆ ที่ต้องเชื่อฟังและทำตามเพื่อให้พ้นจากความเจ็บป่วยที่ทุกข์ทรมานและเพื่อการมีชีวิตที่ยืนยาวยิ่งขึ้น 2) ผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลคือ เพื่อน เกิดขึ้นจากการพบเจอบุคคลอื่นที่มีอาการรักษาคล้ายคลึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองทางอารมณ์ที่อบอุ่นใจ มีกำลังใจ ไม่ได้รู้สึกแปลกแยกและผิดปกตินำไปสู่การยอมรับความเจ็บป่วยและการรักษามากขึ้น กระทั่งสามารถยอมรับความจริงและเผชิญความเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมดาเช่นเดียวกับคนอื่นได้ และยังรวมไปถึงเครือข่ายทางสังคมโดยเฉพาะสถานบริการและโรงพยาบาล ที่เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนให้ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยปรับตัวมีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังได้ตามศักยภาพ เช่นเดียวกับงานของ Olpoc (2016) ได้อธิบายว่า อัตราการเจริญพันธุ์ในประเทศไทยลดลง ผลกระทบประการหนึ่งคือการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด โดยปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อระดับภาวะซึมเศร้าที่ระบุ ได้แก่ สถานภาพสมรส (12.59) อาชีพ (23.68) และโรคประจำตัว (23.68) ซึ่งอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในชุมชน ทำให้ผู้นำสาธารณสุขในชุมชนต้องให้ความสนใจอย่างเพียงพอเพื่อที่จะนำมาตรการป้องกันมาใช้รวมถึงการสอนเรื่องสุขภาพสำหรับผู้เจ็บป่วยเรื้อรังกิจกรรมทางสังคมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกิจกรรมกระตุ้นประสาทสัมผัส

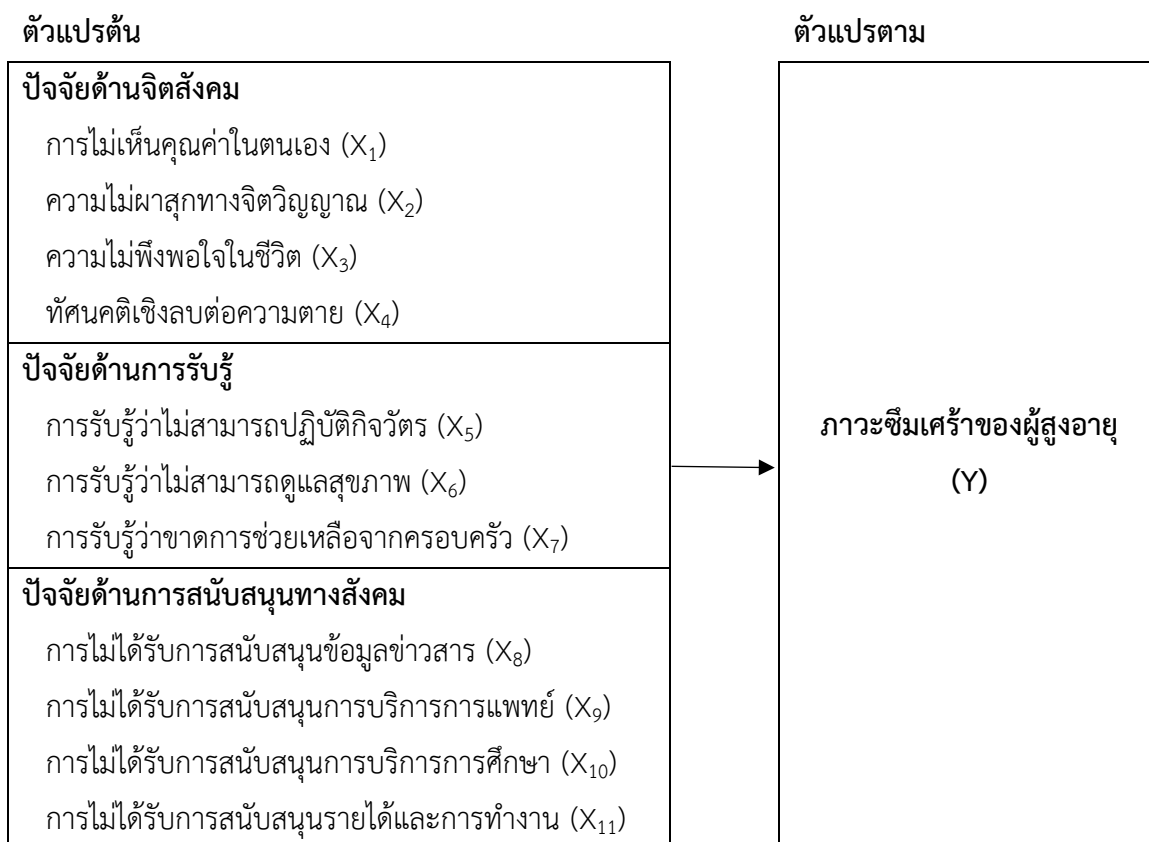
การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การดูแลสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของสูงอายุ เขตบางแค จังหวัดกรุงเทพมหานคร ของบุญवास สมวงศ์ และปริญญา หรุ่นโพธิ์ (2560) ได้พบว่า ผู้สูงอายุสามารถที่จะปรับตัวเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุโดยการเข้าถึงภาวะเฉพาะที่เกิดขึ้น ผู้สูงอายุมีการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นเพื่อสร้างความสัมพันธ์ทำให้ไม่มีภาวะซึมเศร้า ทำให้ขจัดความเครียดของตนเองด้วยการทำความเข้าใจกับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่และได้มีการใช้สติเพื่อแก้ไขปัญหา และนอกจากนี้ผู้สูงอายุยังได้รับข่าวสารในการดูแลสุขภาพ ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพร่างกายให้ดียิ่งขึ้น การติดต่อสื่อสาร การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ทำให้ได้รับข่าวสารที่มีประโยชน์เป็นความรู้ หรือเพื่อความสนุกสนานเพลิดเพลิน รวมถึงการได้ทราบถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์และสามารถนำไปปฏิบัติ จากสื่อมวลชน ครอบครัว เพื่อน หน่วยงานจากสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ดี และการป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นได้

การสนับสนุนการบริการการศึกษา งานวิจัยของ ทนงศักดิ์ มุลจันดา และทัตภณ พลະไชย (2561) ได้อธิบายถึงการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ 3 วิชา ได้แก่ วิชาการดูแลสุขภาพและนันทนาการ (สุขสบาย, สุขสนุก) วิชาภาษาและวัฒนธรรม (สุขสง่า, สุขสว่าง) และวิชาพระพุทธศาสนา (สุขสงบ) ผลพบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ พฤติกรรมเสี่ยงต่อ

สุขภาพมีระดับความเสี่ยงที่ลดลง ผู้สูงอายุทั้งหมดสามารถทำกิจวัตรประจำวัน เป็นกลุ่มติดสังคม ฟังตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นทั้งในชุมชนและสังคม ไม่มีภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนรายได้และการทำงาน งานวิจัย พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ พบร้อยละ 15.4 เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมต่ำ การมีส่วนร่วมในชุมชนระดับต่ำ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในชุมชน น่าจะมีส่วนช่วยในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ และปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ การศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา ความไม่เพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาประเภทบัตรทอง และประวัติโรคทางจิตเวช นอกจากนี้ในการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยของผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอซึ่งเป็นปัจจัยจากการสนับสนุนของสังคมที่มีผลต่อผู้สูงอายุ อย่างเช่นงานของ ศิวลาภ สุขไพบุลย์วัฒน์ (2560) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ บทบาทของผู้สูงอายุต่อความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในประเทศไทย พบว่า หากรัฐมีนโยบายการจัดการสังคมผู้สูงอายุทั้งในมิติเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงนโยบายแรงงาน การศึกษา สาธารณสุขและสวัสดิการสังคม มีการสนับสนุนส่งเสริมการลงทุนในมนุษย์ ที่จะนำไปสู่การเรียนรู้ตลอดชีวิตทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ทักษะ มีการขยายเกษียณเพื่อให้ผู้สูงอายุได้พึ่งพาตนเองได้มากขึ้น มอบโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในระดับชุมชนและท้องถิ่น ตลอดจนการสร้างความรู้ความเข้าใจ แผนเตรียมการออมเงินตั้งแต่ในวัยทำงานเพื่อใช้จ่ายในวัยเกษียณ ทำให้สามารถบริหารจัดการสังคมผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

การสนับสนุนรายได้และการทำงาน ปัจจัยในทางเศรษฐกิจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้เช่นเดียวกัน จากผลสรุปการศึกษาของ อภิญญา วงศ์ใหม่ (2560) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าและแนวทางป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแม่วาง อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านปัจจัยทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่มีงานทำ มีการประกอบอาชีพส่วนใหญ่จะเป็นเกษตรกรมากที่สุด และมีผู้สูงอายุบางส่วนที่ไม่ได้ทำงานเนื่องจากบุตรหลานไม่ให้ทำงาน โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานจะมีรายได้จากเบี้ยผู้สูงอายุ และพบว่ามีรายได้ที่เพียงพอ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน และมีรายได้ไม่เพียงพอ

6. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงปริมาณ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาปัจจัยจิตสังคัม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคัมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีองค์ประกอบดังนี้ ปัจจัยจิตสังคัม ได้แก่ การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ ความไม่พึงพอใจในชีวิต ทัศนคติเชิงลบต่อความตาย ปัจจัยการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร การรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ การรับรู้ที่ขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคัม ได้แก่ การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา การไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน ซึ่งผู้วิจัยได้มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

- (1) เป็นผู้สูงอายุที่มีตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ ขึ้นไป
- (2) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้
- (3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์ตามแนวคิดของแฮร์ (Hair, 2014) ต้องมีขนาดอย่างน้อย 20 เท่าของตัวแปรสังเกตได้ (Observed variables) ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้มีตัวแปรทั้งหมด 12 ตัวแปร ดังนั้นจึงคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 240 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมจะต้องผ่านเกณฑ์การประเมินแบบวัดภาวะซึมเศร้า ต้องได้คะแนน 14 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 27 คะแนน แต่ในทางปฏิบัติ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผลรวมคะแนนอยู่ที่ 9 คะแนน โดยผลจากแบบสอบถามผู้ป่วย (PHQ-9) ของ ศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้อธิบายถึงผลของคะแนนทำแบบทดสอบ ของระดับคะแนนช่วง 9-14 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ซึ่งอาจส่งผลต่อค่า R^2 อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ได้

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้มีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกอำเภอ โดยวิธีการเลือกแบบแบ่งชั้นภูมิ ตามภูมิศาสตร์ของจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยแบ่งออกเป็น 6 เขต แต่ละเขตจะประกอบไปด้วย 1-4 อำเภอ โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างง่ายโดยการหยิบฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 1 อำเภอจากแต่ละชั้นภูมิ ซึ่งเขตที่ 1 คือ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช เขตที่ 2 คือ อำเภอท่าศาลา เขตที่ 3 คืออำเภอเฉลิมพระเกียรติ เขตที่ 4 คือ อำเภอรัตนพิบูลย์ เขตที่ 5 คือ อำเภอช้างกลาง และเขตที่ 6 คือ อำเภอทุ่งสง

ขั้นตอนที่ 2 เลือกหน่วยวิจัย คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลหรือหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอ จำนวน 2 หน่วยงาน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างง่ายโดยการหยิบฉลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อให้ได้ตำบลในอำเภอนั้น ๆ หากหนึ่งในสองหน่วยงานที่สุ่มเลือก หน่วยงานใดที่ไม่

สะดวกต่อการให้ข้อมูล ผู้วิจัยก็จะคัดเลือกเพียงหนึ่งหน่วยงานเพื่อใช้เป็นตัวแทนในการสุ่มตัวอย่างจากแต่ละกลุ่ม โดยกำหนดแต่ละอำเภอ กลุ่มละ 40 คน ดังนี้

1. อำเภอเมือง: องค์การบริหารส่วนตำบลบางจาก และ ศูนย์อนามัยที่ 11
2. อำเภอท่าศาลา: องค์การบริหารส่วนตำบลท่าซิ้น และ รพ.สต.บ้านสาขลา
3. อำเภอเฉลิมพระเกียรติ: รพ.สต. บ้านสระเพลง และ รพ.สต.บ้านยางยวน
4. อำเภอร่อนพิบูลย์: รพ.สต.บ้านท่าเนียบ
5. อำเภอช้างกลาง: รพ.สต.บ้านควนसान
6. อำเภอทุ่งสง: รพ.สต.บ้านใต้

ขั้นตอนที่ 3 เลือกผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ โดยให้ผู้สูงอายุที่ยินดีจะให้ความร่วมมือในการตอบคำถามประเมิน

2. เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะของผู้สูงอายุ

เป็นข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะแบบสอบถามเป็นตัวเลือก ได้แก่ เพศ ศาสนา อายุและสถานภาพสมรส ลักษณะที่อยู่อาศัย โดยลักษณะการตอบแบบสอบถาม คือ ให้ผู้ตอบเขียนเครื่องหมาย X ใน ช่องว่างตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตสังคม

เป็นแบบสอบถามที่ได้นำมาพัฒนาต่อยอดซึ่งสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรู้สึกในตนเอง ต่อยอดจากงานของ ฌ็องกานต์ สำเนียงเสนาะ (2556) เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ความไม่มีความสุขทางจิตวิญญาณ ความไม่พึงพอใจในชีวิต และทัศนคติเชิงลบต่อความตาย โดยลักษณะการตอบแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า โดยให้เลือกตอบตามความรู้สึกของผู้ตอบ โดยมีคำถามทั้งหมด 32 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ลำดับ ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย, 2 คะแนน หมายถึง รู้สึกเช่นนี้น้อยมาก, 3 คะแนน หมายถึง รู้สึกเป็นบางครั้ง, 4 คะแนน หมายถึง รู้สึกบ่อยครั้ง และ 5 คะแนน หมายถึง รู้สึกเกือบตลอดเวลา แบบวัดความรู้สึกชุดนี้ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือหาค่าวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้

เป็นแบบสอบถามที่ได้นำมาพัฒนาต่อซึ่งสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดการรับรู้ต่อตนเอง โดยผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนแบบสอบถามจากงานของ ยูพา ทองสุก (2559) เพื่อให้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ การรับรู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร การรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ และการรับรู้ว่าการช่วยเหลือจากครอบครัว โดยลักษณะการตอบแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า โดยให้เลือกตอบตามความรู้สึกของผู้ตอบ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีให้เลือกตอบตั้งแต่ไม่เป็นความจริง 4 คะแนน, จริงเล็กน้อย 3 คะแนน, จริงพอสมควร 2 คะแนน และ จริงมากที่สุด 1 คะแนน แบบวัดความรู้สึกชุดนี้ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยหาค่าวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม

เป็นแบบสอบถามที่ได้นำมาพัฒนาปรับเปลี่ยนแบบสอบถามวิจัยของ มุจรินทร์ พุทธิเมตตา (2557) ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา และการไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน โดยลักษณะการตอบแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า โดยให้เลือกตอบตามความรู้สึกของผู้ตอบ จำนวน 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีให้เลือกตอบตั้งแต่ไม่เคยได้รับการสนับสนุนเลย 4 คะแนน, ได้รับการสนับสนุนนาน ๆ ครั้ง 3 คะแนน, ได้รับการสนับสนุนเป็นบางครั้ง 2 คะแนน, ได้รับการสนับสนุนบ่อยครั้ง 1 คะแนน, และได้รับการสนับสนุนเป็นประจำ 0 คะแนน แบบวัดความรู้สึกชุดนี้ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยหาค่าวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ได้นำแบบสอบถามโดยเป็นแบบสอบถามผู้ป่วย Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ของ ศ.นพ.มาโนช หล่อตระกูล และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งเป็นแบบประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในขั้นต้น ประกอบไปด้วยคำถาม 9 ข้อ โดยมาจากข้อต่าง ๆ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้าใน DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth edition) โดยเกณฑ์

การให้คะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ ดังนี้ (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563)

| | | | |
|----------------|-------|---|---|
| ไม่มีเลย | คะแนน | = | 0 |
| มีบางวัน | คะแนน | = | 1 |
| มีค่อนข้างบ่อย | คะแนน | = | 2 |
| มีเกือบทุกวัน | คะแนน | = | 3 |

คะแนนรวมของคำตอบจากแบบการประเมิน โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 – 27 คะแนน จากการศึกษาผู้ป่วยไทย โดย ศ.นพ. มาโนช หล่อตระกูล และคณะในปี พ.ศ. 2551 และพบว่าผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 9 ขึ้นไปถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

แบบสอบถามที่ใช้ทั้งหมดในงานวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะของผู้สูงอายุ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตสังคม แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านดังนี้

อาจารย์ด้านจิตวิทยา 1 ท่าน

อาจารย์ด้านสังคมศาสตร์ 2 ท่าน

จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ผลปรากฏว่า จากการวิเคราะห์หาค่า IOC (Index of item object congruence) มีค่าเท่ากับ 0.67-1.00 ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะทั้งหมด มาปรับปรุงแก้ไข และตรวจสอบข้อคำถามเพื่อให้มีความสมบูรณ์ชัดเจนก่อนนำไปทดลองใช้

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 45 ราย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันของเนื้อหาในแต่ละคำถาม จากนั้นข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ผลปรากฏว่าความเชื่อมั่นมีค่าดังนี้

การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.827

| | | |
|--|---------------------------|-------|
| ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ | มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ | 0.753 |
| ความไม่พึงพอใจในชีวิต | มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ | 0.795 |
| ทัศนคติเชิงลบต่อความตาย | มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ | 0.761 |
| การรับรู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร | มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ | 0.803 |
| การรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ | มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ | 0.857 |
| การรับรู้ว่าขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว | มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ | 0.820 |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร | มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ | 0.854 |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ | มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ | 0.946 |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา | มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ | 0.829 |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน | มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ | 0.894 |

เกณฑ์การให้คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

| ระดับ | ข้อความนิมมาน | ข้อความนิเสธ |
|------------|---------------|--------------|
| มากที่สุด | ให้ 5 คะแนน | ให้ 1 คะแนน |
| มาก | ให้ 4 คะแนน | ให้ 2 คะแนน |
| ปานกลาง | ให้ 3 คะแนน | ให้ 3 คะแนน |
| น้อย | ให้ 2 คะแนน | ให้ 4 คะแนน |
| น้อยที่สุด | ให้ 1 คะแนน | ให้ 5 คะแนน |

เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยตามแนวคิดของ Cronbach (Cronbach,1951)

| | |
|-----------|------------|
| 4.21-5.00 | มากที่สุด |
| 3.41-4.20 | มาก |
| 2.61-3.40 | ปานกลาง |
| 1.81-2.60 | น้อย |
| 1.00-1.80 | น้อยที่สุด |

เกณฑ์การแปลผลความสัมพันธ

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยดังนี้ (เกษตรชัย และหิม,2556)

| | |
|------------|-----------|
| 8.01-10.00 | สูงที่สุด |
| 6.01-8.00 | สูง |
| 4.01-6.00 | ปานกลาง |
| 2.01-4.00 | ต่ำ |
| 0.00-2.00 | ต่ำที่สุด |

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน โดยศึกษาและหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยจากเอกสารต่าง ๆ จากเว็บไซต์วารสารงานวิจัย วิทยานิพนธ์ เอกสารอื่น ๆ แหล่งข่าวต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกันของงานทั้งภายในประเทศไทยและต่างประเทศ ผู้วิจัยขอให้มหาวิทยาลัยออกหนังสือ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล นำหนังสือและแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมนัดวันรับแบบสอบถามคืน และขอหนังสือรับรองจากหลักสูตรพัฒนามนุษย์และสังคม คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลในแต่ละพื้นที่ โดยได้ติดต่อผู้อำนวยการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล ประธานชมรมผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเข้าไปเก็บข้อมูลในพื้นที่นั้น ๆ ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ใช้แบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบคำถาม คัดเลือกตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดเอาไว้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย หากผู้ตอบคำถามยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจึงจะเริ่มแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทำด้วยตนเอง หรือกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สะดวกต่อการอ่านแบบสอบถามผู้วิจัยจะสัมภาษณ์เพื่อทำแบบสอบถามแทน หลังจากนั้น ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถามที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง และตรวจให้คะแนนแบบสอบถามที่สมบูรณ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าทางสถิติระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ประมาณ 2 เดือน โดยผู้วิจัยดำเนินการสอบถามกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองตามแบบสอบถามทั้ง 5 ส่วน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์แล้ว ดำเนินการตีข้อมูลและดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมอาร์ ซึ่งขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

| วัตถุประสงค์ | รายละเอียด | สถิติที่ใช้ |
|---|---|------------------------------------|
| 1. เพื่อศึกษาระดับของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช | ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
| 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช | 1.ปัจจัยจิตสังคม 2.การรับรู้ 3.การสนับสนุนทางสังคม | ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์แบบเพียร์สัน |
| 3.เพื่อศึกษาปัจจัยจิตสังคม การรับรู้และการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช | ปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช | การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้น |

5. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนโดยคำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรมในการทำวิจัยตลอดจนการปกป้องสิทธิผู้สูงอายุ คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเท่าเทียม โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช โครงการวิจัยที่ Ex-01/2564 หลังผ่านการอนุมัติแล้วจึงทำการวิจัยในขั้นตอนการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดในการเข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจอย่างชัดเจน มีรายละเอียดที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และสุดท้ายของผลการศึกษาจะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น ข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยสู่สาธารณชน หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยประการใดที่มีความเกี่ยวข้อง

กับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยินดีเปิดโอกาสให้ซักถามและยินดีตอบข้อสงสัยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกประการ อย่างกระจำแจ้ง

ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา จำนวน 240 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงแบบประเมินโรคซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)) ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งเป็นลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการเก็บข้อมูลแบบสอบถามจากผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 240 คน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 9 ด้าน (ดังตารางที่ 1) และข้อมูลของปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคม (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

| ข้อมูลทั่วไป | Mean | S.D. | Min | Max |
|------------------------|-------|--------|-----|-----|
| อายุ | 72.68 | 7.59 | 60 | 93 |
| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ | | |
| เพศ | | | | |
| ชาย | 45 | 18.75 | | |
| หญิง | 195 | 81.25 | | |
| สถานภาพ | | | | |
| โสด | 5 | 2.08 | | |
| สมรสหรือคู่อยู่ด้วยกัน | 143 | 59.58 | | |
| คู่สมรสเสียชีวิตแล้ว | 79 | 32.29 | | |

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------------|-------|--------|
| หย่าร้างหรือแยกทางกัน | 13 | 5.42 |
| โรคประจำตัว | | |
| มีโรคประจำตัว | 201 | 83.75 |
| ไม่มีโรคประจำตัว | 39 | 16.25 |
| อาชีพ | | |
| ธุรกิจ/ค้าขาย/อิสระ | 16 | 6.67 |
| รับจ้าง | 3 | 1.25 |
| รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 5 | 2.08 |
| เกษตรกร | 64 | 26.67 |
| ไม่ได้ทำงาน | 152 | 63.33 |
| อาศัยอยู่กับ | | |
| อยู่คนเดียว | 24 | 10 |
| อยู่กับครอบครัว | 216 | 90 |
| สถานภาพทางเศรษฐกิจ | | |
| พอใช้และมีเก็บออม | 165 | 68.75 |
| พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บออม | 64 | 26.67 |
| ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม/เป็นหนี้สิน | 11 | 4.58 |
| รายได้ต่อเดือน | | |
| ต่ำกว่า 1,000 บาท | 101 | 42.08 |
| 1,001-5,000 บาท | 119 | 49.58 |
| 5,001-10,000 บาท | 11 | 4.58 |
| มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป | 9 | 3.75 |
| แหล่งรายได้ต่อเดือน | | |
| ครอบครัว/ญาติ | 98 | 40.83 |
| เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ | 240 | 100 |

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------------|-------|--------|
| เงินกองทุนบำเหน็จบำนาญ | 4 | 1.67 |
| บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ | 15 | 6.25 |
| อื่น ๆ | 19 | 7.92 |

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุเฉลี่ย 72.68 ปี ซึ่งมีอายุน้อยที่สุด 60 ปี และอายุมากที่สุด 93 ปี ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเพศ ชาย จำนวน 45 คน คิดเป็น ร้อยละ 18.75 และเพศหญิง จำนวน 195 คน คิดเป็น ร้อยละ 81.25 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.58 รองลงมาคือ คู่สมรสเสียชีวิตแล้ว คิดเป็นร้อยละ 32.29 หย่าร้างแยกทางกัน คิดเป็น ร้อยละ 5.42 และโสด คิดเป็นร้อยละ 2.08 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 83.75 และไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 16.25 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.33 รองลงมาคือ เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 26.67 ธุรกิจ/ค้าขาย/อิสระ คิดเป็นร้อยละ 6.67 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 2.08 และรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 1.25 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างได้อาศัยอยู่กับครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90 และอาศัยอยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 10 ตามลำดับ นอกจากนี้สถานภาพทางเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่าง พอใช้และมีเก็บออม คิดเป็นร้อยละ 68.75 พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บออม คิดเป็นร้อยละ 26.67 และไม่พอใช้ต้องหยิบยืม/เป็นหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 4.58 กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ที่ 1,000-5,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.58 รองลงมาคือ มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.08 มีรายได้ที่ 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 4.58 และมีรายได้มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 3.75 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีแหล่งรายได้ต่อเดือนมาจากเบี้ยผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 100 จากครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 40.83 เงินกองทุนบำเหน็จบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 1.67 บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ คิดเป็นร้อยละ 6.25 และอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 7.92

ตารางที่ 2 ข้อมูลของปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคม

| ตัวแปร | Mean | S.D. | ระดับ |
|--------------------------------------|------|------|-------|
| ปัจจัยจิตสังคม | | | |
| การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง (X_1) | 2.10 | 1.01 | น้อย |
| ความไม่เหมาะสมทางจิตวิญญาณ (X_2) | 2.08 | 0.65 | น้อย |
| ความไม่พึงพอใจในชีวิต (X_3) | 2.38 | 0.69 | น้อย |

| ตัวแปร | Mean | S.D. | ระดับ |
|--|------|------|------------|
| ทัศนคติเชิงลบต่อความตาย(X ₄) | 1.71 | 0.62 | น้อยที่สุด |
| การรับรู้ | | | |
| การรับรู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร(X ₅) | 1.46 | 0.57 | น้อยที่สุด |
| การรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ(X ₆) | 1.56 | 0.57 | น้อยที่สุด |
| การรับรู้ที่ขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว(X ₇) | 1.89 | 0.77 | น้อย |
| การสนับสนุนทางสังคม | | | |
| การไม่รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร(X ₈) | 1.65 | 0.72 | ปานกลาง |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์(X ₉) | 1.65 | 0.71 | ปานกลาง |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา(X ₁₀) | 3.55 | 0.77 | มากที่สุด |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน(X ₁₁) | 3.54 | 0.79 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชคุณลักษณะปัจจัยจิตสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความไม่พึงพอใจในชีวิต การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.38 2.10 และ 2.08 อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีทัศนคติเชิงลบต่อความตายอยู่ในระดับน้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 1.71 ในขณะที่การรับรู้ พบว่า คือ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ที่ขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว และการรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.89 และ 1.56 ตามลำดับ อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร อยู่ในระดับน้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.46 ส่วนการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา และการไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 และ 3.54 ตามลำดับ ในขณะที่การไม่รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และการไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.65 และ 1.65 ตามลำดับ

2.ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

จังหวัดนครศรีธรรมราช

| ภาวะซึมเศร้า | Mean | S.D. | ระดับซึมเศร้า |
|-----------------------------------|------|------|---------------|
| 1. เบื่อ ทำอะไร ๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน | 1.87 | 0.99 | มาก |
| 2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้ | 1.38 | 0.98 | ปานกลาง |

| ภาวะซึมเศร้า | Mean | S.D. | ระดับซึมเศร้า |
|---|-------------|-------------|----------------|
| 3. หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป | 2.23 | 0.92 | มาก |
| 4. เหนื่อยง่ายไม่ค่อยมีแรง | 2.04 | 0.99 | มาก |
| 5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป | 1.70 | 1.06 | ปานกลาง |
| 6. รู้สึกไม่ดีต่อตนเอง - คิดว่าตนเองล้มเหลว หรือเป็นคนที่ทำให้ครอบครัวผิดหวัง | 0.69 | 0.92 | น้อย |
| 7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ | 1.73 | 0.97 | ปานกลาง |
| 8. พุดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือ กระสับกระส่ายสนทนานอนอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย | 0.68 | 0.90 | น้อย |
| 9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าเสียชีวิตก็คงดี | 0.25 | 0.57 | น้อยที่สุด |
| รวมโดยเฉลี่ย | 1.40 | 0.36 | ปานกลาง |

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.40 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ผลปรากฏว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า “ข้อ 3 หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป” สูงที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 2.23 และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า “ข้อ 9 คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าเสียชีวิตก็คงดี” ต่ำที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับน้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.25

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปรากฏผลดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมกับ

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

| ภาวะซึมเศร้า | t | p-value | r | 95% C.I. |
|---------------------------------------|----------|---------|------|------------|
| ปัจจัยจิตสังคม | | | | |
| การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง(X_1) | 5.857*** | 0.000 | 0.35 | 0.24, 0.46 |
| ความไม่มีความสุขทางจิตวิญญาณ(X_2) | 3.147** | 0.002 | 0.20 | 0.08, 0.32 |

| ภาวะซึมเศร้า | t | p-value | r | 95% C.I. |
|--|----------|---------|------|------------|
| ความไม่พึงพอใจในชีวิต(X_3) | 4.776*** | 0.000 | 0.30 | 0.18, 0.41 |
| ทัศนคติเชิงลบต่อความตาย(X_4) | 2.747** | 0.006 | 0.18 | 0.05, 0.30 |
| การรับรู้ | | | | |
| การรับรู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร(X_5) | 3.072** | 0.002 | 0.20 | 0.07, 0.31 |
| การรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ(X_6) | 3.028** | 0.003 | 0.19 | 0.07, 0.31 |
| การรับรู้ว่าขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว(X_7) | 3.780*** | 0.000 | 0.24 | 0.11, 0.35 |
| การสนับสนุนทางสังคม | | | | |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร(X_8) | 2.322* | 0.021 | 0.15 | 0.02, 0.27 |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์(X_9) | 2.266* | 0.024 | 0.15 | 0.02, 0.27 |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา(X_{10}) | 2.140* | 0.033 | 0.14 | 0.01, 0.26 |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน(X_{11}) | 2.083* | 0.038 | 0.13 | 0.01, 0.26 |

***p < .001 ** p < .01 *p < .05

จากตารางที่ 4 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปรากฏผลดังนี้

- 1) การไม่เห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
- 2) ความไม่พอใจทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
- 3) ความไม่พึงพอใจในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
- 4) ทัศนคติเชิงลบต่อความตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

5) การรับรู้ว่าจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

6) การรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

7) การรับรู้ว่าจะขาดการช่วยเหลือจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

8) การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

9) การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

10) การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

11) การไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

4.ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตารางที่ 5 รูปแบบทั้งหมดของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

| ปัจจัย | Estimate | Std.Error | t-value | p-value |
|----------------------------|----------|-----------|---------|---------|
| ค่าคงที่ | 0.453 | 0.159 | 2.848 | 0.005 |
| การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง | 0.108 | 0.027 | 4.051 | 0.000 |
| ความไม่พึงพอใจทางจิตวิญญาณ | 0.089 | 0.039 | 2.312 | 0.022 |

| ปัจจัย | Estimate | Std.Error | t-value | p-value |
|--|---------------------------------|-----------|---------|---------|
| ความไม่พึงพอใจในชีวิต | 0.025 | 0.043 | 0.571 | 0.569 |
| ทัศนคติเชิงลบต่อความตาย | 0.023 | 0.047 | 0.496 | 0.620 |
| การรับรู้ว่าจะไม่สามารถการปฏิบัติกิจวัตร | -0.049 | 0.077 | -0.636 | 0.526 |
| การรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ | 0.103 | 0.069 | 1.494 | 0.137 |
| การรับรู้ว่าจะขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว | -0.007 | 0.033 | -0.202 | 0.840 |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร | 0.365 | 0.520 | 0.701 | 0.484 |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ | -0.293 | 0.522 | -0.561 | 0.576 |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา | 0.107 | 0.162 | 0.656 | 0.512 |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน | -0.040 | 0.161 | -0.246 | 0.806 |
| Residual standard error =0.328 | Degree of freedom = 228 | | | |
| Multiple R ² = 0.216 | Adjusted R ² = 0.178 | | | |
| F-statistic = 5.707 *** | p-value = 0.000 | | | |

***p < .001 ** p < .01 *p < .05

จากตารางที่ 5 แสดงผลการนำตัวแปรทั้งหมดเข้าไปในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ด้วยวิธีการนำตัวแปรอิสระทั้งหมดเข้าไปวิเคราะห์ (Enter Method) ผลปรากฏว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีทั้งหมด 2 ตัวแปร ได้แก่ การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยตัวแปรทั้ง 2 ตัวต่างส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ ระดับ .05 ตามลำดับ ส่วนตัวแปรอื่น ๆ อีก 9 ตัวแปรไม่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีความแปรปรวนของตัวแปรอิสระสามารถอธิบายตัวแปรตามได้ร้อยละ 21.60 และความคลาดเคลื่อนมาตรฐานเท่ากับ 0.178 ซึ่งสามารถเขียนรูปแบบความสัมพันธ์ของสมการในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y^{\wedge}_y = 0.455 + 0.108 (\text{การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง}) + 0.089 (\text{ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ}) + 0.025 (\text{ความไม่พึงพอใจในชีวิต}) + 0.023 (\text{ทัศนคติเชิงลบต่อความตาย}) - 0.049 (\text{การรับรู้ว่าจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร}) + 0.103 (\text{การรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ}) - 0.007 (\text{การรับรู้ว่าจะขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว}) + 0.365 (\text{การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร}) - 0.293 (\text{การไม่ได้รับการสนับสนุนการ$$

บริการการแพทย์) +0.107 (การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการทางการศึกษา) -0.040 (การไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน)

เพื่อให้ได้ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชที่มีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร ผู้วิจัยจึงมีการดำเนินการนำตัวแปรที่มีค่าการทดสอบที่มีค่าน้อยที่สุดออกจากรูปแบบทั้งหมด ครั้งละ 1 ตัวแปร (Backward Method) จนกว่าทุกตัวแปรจะมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปรตามเงื่อนไขของโปรแกรมสำเร็จรูปที่เลือกใช้ ซึ่งปรากฏดังในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 รูปแบบสุดท้ายของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

| ปัจจัย | Estimate | Std.Error | t-value | p-value |
|---|-------------------------|-----------|----------|---------|
| ค่าคงที่ | 0.108 | 0.022 | 4.921*** | 0.000 |
| การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง(X1) | 0.101 | 0.034 | 2.962*** | 0.003 |
| ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ(X2) | 0.080 | 0.040 | 2.018** | 0.045 |
| การรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ(X6) | 0.072 | 0.031 | 2.316* | 0.021 |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร(X8) | 0.075 | 0.030 | 2.521* | 0.012 |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา(X10) | 0.108 | 0.022 | 4.921*** | 0.000 |
| Residual standard error = 0.325 | Degree of freedom = 234 | | | |
| Multiple R2 = 0.210 | Adjusted R2 = 0.193 | | | |
| F-statistic =12.460*** | p-value = 0.000 | | | |

***p < .001 ** p < .01 *p < .05

จากตารางที่ 6 แสดงผลรูปแบบสุดท้ายของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยวิธีการนำตัวแปรออกจากรูปแบบ (Backward Method) พบว่าผลสมการที่เหมาะสมที่สุดของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีทั้งหมด 5 ตัวแปร คือ การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ การรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ การไม่รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และการไม่รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา โดยการไม่เห็นคุณค่าในตนเองส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .001 ด้านความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .01 และการรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ การไม่รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และการไม่รับการสนับสนุนการบริการการศึกษาส่งผลต่อ

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความแปรปรวนที่ตัวแปรอิสระสามารถอธิบายตัวแปรตามได้ร้อยละ 32.50 และความคลาดเคลื่อนมาตรฐานเท่ากับ 0.193 โดยสามารถเขียนรูปแบบความสัมพันธ์ของสมการในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังต่อไปนี้

$$\hat{Y}_y = 0.108 + 0.101 (\text{การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง}) + 0.080 (\text{ความไม่เหมาะสมทางจิตวิญญาณ}) + 0.072 (\text{การรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ}) + 0.075 (\text{การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร}) + 0.108 (\text{การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา})$$

จากสมการดังกล่าวข้างต้น พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในระดับที่สูง ได้แก่ การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา (0.108)

สรุป อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีวัตถุประสงค์ คือ (1) เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช (2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช และ (3) เพื่อศึกษาปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ คือ ปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผู้วิจัยกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 240 คน จาก 6 อำเภอ การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) ด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2564 ถึง วันที่ 25 มีนาคม 2564 ซึ่งได้รับการตอบรับและผู้วิจัยได้เลือกแบบสอบถามที่สมบูรณ์ที่สุด จำนวน 240 ชุด การสรุปผลการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งหัวข้อการนำเสนอออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (2) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช (3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช (4) ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

1 .ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่ยังสามารถให้การช่วยเหลือจากผู้ที่เกี่ยวข้องได้ และรวมถึงการแสดงให้เห็นถึงการพักผ่อนที่อาจไม่เพียงพอ หรือการไม่ได้มีเวลาออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ ดังข้อแนะนำในการดูแลจากผลการทดสอบภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ของ ศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล และคณะ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (2564) ได้อธิบายว่า หากมีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง ข้อแนะนำในการดูแลคือ ควรมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ มีการทำกิจกรรมผ่อนคลาย พบปะเพื่อนฝูง ไม่จมอยู่กับปัญหา แต่หากอาการที่เป็นกระทบต่อการทำงานหรือการเข้าสังคม และยังคงมีอาการระดับนี้นาน 1-2 สัปดาห์แล้วยังไม่ดีขึ้น สิ่งที่ปฏิบัติคือการเข้าพบแพทย์เพื่อรับการช่วยเหลือและให้การรักษาต่อไป เพื่อทำการรักษาไม่ให้อาการระดับนี้เพิ่มขึ้นไปสู่ระดับที่รุนแรงได้ ซึ่งในขณะเดียวกันนี้ ผู้ตอบแบบสอบถาม มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันมากที่สุด (ร้อยละ 59.58) รองลงมาคือ คู่สมรสเสียชีวิตแล้ว (ร้อยละ 32.29) เนื่องจากสถานภาพสมรสหรือคู่สมรสเสียชีวิต ย่อมมีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับแนวคิดของพัชรภรณ์ ไชยสังข์ และคณะ (2556) ได้อธิบายถึง ผู้สูงอายุที่มีชีวิตคู่จะมีความผูกพันระหว่างคู่สมรส หากคู่สมรสเสียชีวิตก็จะทำให้ผู้สูงอายุขาดบุคคลที่เป็นความหวังหรือบุคคลที่คอยช่วยเหลือให้กำลังใจ หรือการถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ดูแล เกิดอาการอ้างว้างและโดดเดี่ยวซึ่งอาจนำมาสู่การภาวะซึมในผู้สูงอายุได้

โดยส่วนมากเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 83.75) Alexopoulos (2005) ได้อธิบายว่า ผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ส่งผลกระทบต่อผู้ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและความบกพร่องทางสติปัญญา ก่อให้เกิดความทุกข์การหยุดชะงักของครอบครัวและความทุกข์พลภาพทำให้ผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยทางการแพทย์แย่ลงและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต ปัจจัยทางพันธุกรรมอาจมีส่วนร่วมด้วย รวมถึงการอธิบายผ่านทฤษฎีการเสื่อมสลายของเซลล์ เมื่อมีการใช้งานหนักเกินไป สร้างสภาพเครียดจะทำให้เกิดการเร่งความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ได้เร็วยิ่งขึ้น (วิจิตน บุญยะโหดระ, 2553) โรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย ได้แก่ หูตึง เกิดจากการเสื่อมของประสาทหู มักรักษาไม่หายขาด (ปารยะ อาศนะเสน) อาชีพหลักโดยของผู้สูงอายุ คือ ไม่ได้ทำงานมากที่สุด (ร้อยละ 63.33) ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าบทบาทความสำคัญในการหารายได้ให้ครอบครัวของตนเองหมดไป อาจจะเป็นเนื่องจากสภาพร่างกายที่ถดถอยเสื่อมลง หรือเกิดจากการออกจากงานประจำ ดังในวิจารณ์งานของ ศิริลักษณ์ ผ่องจิตศิริ (2561)

อธิบายถึงโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 6.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรู้สึกว่าคุณค่าลดลงจากการไม่ได้ประกอบอาชีพส่งผลก่อให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักอาศัยอยู่กับครอบครัวมากที่สุด (ร้อยละ 90) การที่ผู้สูงอายุมีครอบครัวที่คอยให้การสนับสนุนส่วนหนึ่งช่วยทำให้การเกิดภาวะซึมเศร้าไม่ได้อยู่ในระดับที่รุนแรง ดังในงานของ Bhamani, Karim, & Khan (2013) พบว่าการสนับสนุนทางครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก สถานภาพทางเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่าง พอใช้และมีเก็บออมมากที่สุด (ร้อยละ 68.75) และรายได้ต่อเดือนของผู้สูงอายุส่วนมากอยู่ที่ 1,000-5,000 บาท (ร้อยละ 49.58) เนื่องจากระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางจึงทำให้สถานภาพทางเศรษฐกิจและรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้อยู่ในระดับรุนแรง แต่ในขนาดเดียวกัน ที่รองลงมาคือสถานภาพพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บออม แสดงให้เห็นถึงการขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมี 11 ตัวแปร ได้แก่

2.1 การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการขาดการยอมรับ ความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดการยอมรับจากผู้อื่นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น การได้ทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาตนเอง เช่นเดียวกับทฤษฎีจิตสังคม ของอิริค เอช อิริสัน (Erik H. Erikson:1902-1982) ที่ได้อธิบายให้ถึงหากความรู้สึกมั่นคงสมบูรณ์หรือความสิ้นหวัง ไม่ได้ถูกพัฒนาไปในทิศทางที่เหมาะสมหรือล้มเหลว ก็อาจทำให้บุคคลนั้นกลายเป็นคนรู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีโอกาสที่แก้ไขแล้วอาจจะทำให้ไปอยากอยู่ต่อไปอย่างรู้สึกไร้คุณค่าและศักดิ์ศรี สอดคล้องกับ มาธูรี อูไรรัตน์ (2560) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่รู้สึกดีและเห็นคุณค่าในตนเองเกิดจากการได้มีปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชนที่มีทัศนคติที่ดีและการปฏิบัติดีกับผู้สูงอายุ ทำให้ประเมินเองไปในด้านบวกได้มากยิ่งขึ้น และเช่นเดียวกันกับ เบญจมาศ ยศเสนา (2559) ที่อธิบายถึงการทำให้ผู้สูงอายุ เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ในการถ่ายทอดองค์ความรู้ ภูมิปัญญาต่าง ๆ ให้แก่สมาชิกในสังคม รวมถึงการทำงานกิจกรรมของผู้สูงอายุที่ได้มีการช่วยเหลือสังคม เพื่อก่อให้เกิดให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าคุณค่าและมีได้เป็นปัญหาของสังคม

2.2 ความไม่พึงพอใจในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะการที่ผู้สูงอายุยังมีความรู้สึกถึงความไม่พึงพอใจในเรื่องต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของฐานะ สุขภาพ การทำงานในกิจวัตรประจำของตนเอง รวมถึงการมีลูกหลานหรือคนที่รู้จักญาติ ๆ มาเยี่ยมเยียนอยู่บ่อยครั้ง หรือการที่ยังรู้สึกว่ามีอยู่อย่างไม่เพียงพอต่อความต้องการ ยังมีความต้องการมากกว่านี้ การขาดการยอมรับในส่วนนี้ จึงเป็นอีกสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ สามารถอธิบายผ่าน ทฤษฎีบุคลิกภาพแบบมนุษยนิยม อย่าง อับราฮัม มาสโลว์ ที่มีความเชื่อว่า ความต้องการพื้นฐานเป็นส่วนอธิบายว่า สังคมควรที่จะช่วยทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าบุคคลทุกคนสามารถได้รับความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานด้านสรีระและได้รับการพัฒนาความต้องการในแต่ละขั้นอย่างเต็มที่ เพื่อไม่ให้บุคคลเหล่านั้นมีพฤติกรรมเห็นแก่ตัวหรือก่อความรุนแรง นอกจากนี้ผลวิจัยจากงานของ วงศ์ศิริ แจ่มฟ้า, ศิริรัตน์ จำปีเรือง และพิมพ์วรรณ เรื่องพุทธ (2562) พบว่าการที่ผู้สูงอายุยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย หรือมีการปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพประเมินตนเองได้นั้น นับว่าเป็นการบ่งบอกถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีอาการเรื้อรังซึ่งส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตของตนเองลดน้อยลง สอดคล้องกับสรุปวิจัยของ Dong, Larsson, Dragioti, Bernfort, Levin, & Gerdle (2020) อธิบายว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บปวดเรื้อรังจะมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง ซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวให้เกิดความกังวลใจ จึงมีความจำเป็นที่ในวัยของผู้สูงอายุต้องมีการพิจารณาถึงเรื่องของโรคประจำตัวมากยิ่งขึ้น เพื่อไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจในเรื่องสุขภาพตนเอง เช่นเดียวกันกับผลข้อสรุปจากงานของ Ghimire, Baral, Karmacharya, Callahan, & Mishra (2018) ที่ได้อภิปรายถึง ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุชาวเนปาลแสดงให้เห็นถึงรูปแบบของการลดลงเนื่องจากภาวะโภชนาการและสุขภาพจิตลดลง ซึ่งมีผลมาจากภาวะซึมเศร้า

2.3 ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะ ผู้สูงอายุที่ไม่มีความรู้สึกสงบสุขทางจิตใจ มีความกระวนกระวาย วิตกกังวล หรือมีเรื่องทุกข์ใจให้คิดอยู่บ่อยครั้ง หรือการมีความรู้สึกที่ว่าที่ผ่านมามตนเองยังไม่ประสบความสำเร็จ ก็ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในตัวผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ วิจารณ์คริสตรัक्षा และทิพย์ภา เชษฐ์เขาวลิต (2561) ที่ได้อธิบาย ว่าการปรับตัวไม่ได้ มีอาการทางจิต เบื่อหน่าย อารมณ์รุนแรง ล้วนเป็นอาการความเจ็บป่วยทางด้านจิตวิญญาณ ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปรับตัวอย่างเหมาะสม และใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข เพื่อไม่ให้ก่อเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากยิ่งขึ้น เช่นเดียวกันกับ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (2560) ได้อธิบายถึง การเกิดภาวะ

ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบได้มากกว่าวัยอื่น เนื่องมาจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยเกิดจากสาเหตุในด้านร่างกาย เรื่องของกรรมพันธุ์ และ ส่วนในด้านของจิตใจ เป็นเรื่องของปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง หรือการสูญเสีย ทำให้เกิดความเครียด และความทุกข์ใจ

2.4 ทศนคติเชิงลบต่อความตาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ อาจทำให้เกิดความทุกข์ทรมานในจิตใจ การไม่สามารถยอมรับเรื่องความเครียดเกี่ยวกับสุขภาพโรคเรื้อรังที่ประสบอยู่ รวมไปถึงการไม่สามารถที่จะยอมรับเรื่องความตายได้ดี อาจส่งผลให้เกิดอาการรุนแรงไปถึงขั้นอยากฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับงานของ พุทธิพร ธนธรรมเมธี, สายฝน เอกวรังกูร, เรวดี เพชรศิรา สัมภ์ และลัดดา เกียมวงศ์ (2563) ที่ได้อธิบายถึงการเป็นโรคร้ายแรงหรือเรื้อรัง ส่งผลให้ต้องพึ่งพาคนอื่น จนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทั้งร่างกายและจิตใจ ไร้ค่า จนนำไปสู่การจบชีวิตตนเองได้ในที่สุด รวมไปถึงการมีเรื่องกตตันหรือเรื่องที่ทำให้รู้สึกคับข้องใจ

2.5 การรับรู้ว่าขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะผู้สูงอายุที่ได้รับรู้ถึงการขาดความช่วยเหลือจากครอบครัวจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวอย่างเพียงพอ การรับรู้ว่าขาดการเอาใจใส่ ดูแลจากคนในครอบครัว รวมถึงการที่คนในครอบครัวขาดการรับฟังปัญหาของผู้สูงอายุ ส่งผลก่อให้เกิดภาวะซึมในผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Chunkai, Shan, & Xinwen (2019) ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นและการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ระหว่างวัยเชิงบวกกับลูก ๆ และหากได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอย่างเพียงพอ ก็จะมีแนวโน้มอาการซึมเศร้าน้อยลง เช่นเดียวกันกับงานของ ปวีณา นพโสทร (2556) พบว่า โปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ รวมถึงสอดคล้องกับงานของ นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ (2557) ได้อธิบายถึง การนำแนวคิด การบำบัดทางจิตสังคม เป็นการบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทุกระดับ โดยการทำให้คนในครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล รับฟังปัญหา พร้อมช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยทำหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด สังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ทั้งอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น เพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2.6 การรับรู้ว่าจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติหรือทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ปกติหรือสามารถทำได้ด้วยตนเองนั้น อาทิเช่น การเตรียมอาหาร การเดินทางไปไหนมาไหนด้วยตนเอง แม้กระทั่งการอาบน้ำ ทานอาหาร ทานยา เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลต่อการประพฤติปฏิบัติของบุคคลนั้น ๆ สอดคล้องกับแนวคิด การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ เบนดูรา ซึ่งเป็นเรื่องของการตัดสินใจของบุคคลในเรื่องของความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จตามเป้าหมาย รวมถึงความคาดหวังในผลลัพธ์ว่า การตัดสินใจที่กระทำพฤติกรรมนั้นลงไป ผลลัพธ์จะเป็นไปตามความต้องการของตนเอง โดยความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นคือ หากการรับรู้ความสามารถสูง มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติสูงกว่าที่จะไม่ทำ และหากรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่ทำหรือมีแนวโน้มจะไม่ทำแน่นอน สอดคล้องกับผลการวิจัยในงานของ อรัญญา นามวงศ์ และคณะ (2561) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถจะทำกิจกรรมหรือทำได้น้อย ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นนั้น ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าลดน้อยลงจนเกิดมีภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด เช่นเดียวกับผลวิจัยงานของ วนิดา อินทราชา และคณะ (2556) ได้อธิบายถึงการรับรู้ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรลดน้อยลง ส่งผลให้พบปัญหาการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุในกิจกรรมด้านต่าง ๆ ทำให้การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุต้องการปฏิบัตินั้นไม่ดีพอหรือลดน้อยลง

2.7 การรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุไม่ได้มีความตระหนักหรือการทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยของตนเองอย่างดีพอ หรือการไม่ได้เข้าใจถึงวิธีการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองอีกทั้งไม่ได้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ก็จะทำให้เกิดโอกาสมีจิตใจที่ไม่ดีตามไปด้วยและอาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานของ รักษาพล สนิทยา (2555) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพไม่ดีมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำ เนื่องจากผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าจะสุขภาพตนเองไม่ดีจะส่งผลทำให้สุขภาพจิตแปรปรวนตามไปด้วย ดังนั้นการรับรู้สุขภาพกายมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต เช่นเดียวกันกับงานของ นภา พวงรอด (2558) ได้อธิบายถึงปัจจัยทางชีวภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ คือการที่ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยจนต้องพบแพทย์ในช่วง 1 ปี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.5 อันเนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป หรือการเจ็บป่วยจนมีภาวะทุพพลภาพ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงส่งผลต่อผู้สูงอายุทำให้รู้สึกมีคุณค่าลดลง ก่อให้เกิด

ภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ และรู้สึกอาลัยกับชีวิตตนเอง นอกจากนี้ผลกระทบของสุขภาพกายและจิตที่ส่งผลกระทบต่อกันได้เสมอไม่ว่าจะเจ็บป่วยในด้านใดย่อมส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้เสมอ

2.8 การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ อันที่มีประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ หรือการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการแยกแยะข้อมูลที่เป็นจริงและเท็จ รวมไปถึงการให้การสนับสนุนข่าวสารในรูปแบบต่าง ๆ อาทิ เช่น ผ่านสื่อโทรทัศน์ หรือสื่อออนไลน์แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งนับว่าเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญจากสังคมต่อผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) ที่ได้อธิบายถึงการสนับสนุนทางสังคม คือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร อาทิ การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา การตักเตือน รวมไปถึงการให้ข่าวสารในรูปแบบต่าง ๆ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการสนับสนุนทางสังคม แต่ในขณะเดียวกันที่การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่ดีก็ย่อมส่งผลต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับข้อมูล ข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพ หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง วิธีการดูแลการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ แต่หากได้รับการสนับสนุนในส่วนนี้ได้ดีก็จะทำให้สามารถลดภาวะซึมเศร้าให้ลดน้อยลงได้ ซึ่งสอดคล้องจากข้อสรุปและข้อเสนอแนะจากงานของ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ (2553) พบว่าร้อยละ 36.4 การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยสูงอายุ ยังคงอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะข้อมูลในด้านของการเจ็บป่วยและในเรื่องของการดูแลตนเอง จึงควรให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเหล่านี้แก่ผู้ป่วยและญาติมากขึ้น เพื่อให้ลดอาการที่ตนเองเป็นอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลต่อการทำให้ภาวะซึมลดน้อยลงได้

2.9 การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ ในเรื่องของคำแนะนำ วิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง หรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรค มีผลต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุเนื่องจากโรงพยาบาลหรือการบริการการแพทย์ ถือเป็นแหล่งศูนย์ช่วยเหลือที่สำคัญต่อผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานของ พยาม การดี, พรรณพิมล สุขวงษ์ และดาว เวียงคำ (2559) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมาจาก 3 แหล่งที่สำคัญ คือ ครอบครัว วัด และโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาล คือ ศูนย์รวมของความช่วยเหลือ ซึ่งแรงสนับสนุนจาก 3 แหล่งนั้นอาจนำไปสู่แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุทั้งในชุมชนและโรงพยาบาลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับงาน สาวิตรี สิงหา (2559) ได้อธิบายถึงบทบาทของพยาบาลในการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ของพยาบาลต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าให้ดีขึ้น โดยการที่พยาบาลให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ หรือใช้การบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีความคิดเชิงบวก สามารถปรับเปลี่ยนความคิด จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมไปในทิศทางที่ดีต่อการลดภาวะซึมเศร้าและมีความสุขมากยิ่งขึ้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์นั้น ควรได้รับการรักษาที่ดี แนวทางในการบำบัดหรือคำแนะนำ คำปรึกษาที่จะช่วยลดไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าไปสู่ขั้นที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น

2.10 การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะ การขาดกระบวนการเรียนรู้ด้านวิชาการ ขาดการเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพ รวมไปถึงการโอกาสเข้าฟังอบรมเรื่องสุขภาพ และการทำกิจกรรมต่าง ๆ จากหน่วยงานต่าง ๆ หรือชมรมผู้สูงอายุ อาจก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Chen, Alston, & Guo (2019) ที่ผลวิจัยชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมอาจสามารถทำได้ผ่านเครือข่ายสังคมที่ก่อให้เกิดผลที่ดีแก่ผู้สูงอายุโดยตรง เนื่องจากบทบาทในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีเหตุการณ์ตึงเครียด ผ่านนโยบายสังคมที่มุ่งเน้นการปรับปรุงสภาพแวดล้อม วัตถุประสงค์สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุมากเป็นหลัก ตัวอย่างเช่นงานสังคมสงเคราะห์เป็นกลุ่มอาจช่วยให้ผู้สูงอายุสร้างหรือรักษาความสัมพันธ์ทางสังคมและความช่วยเหลือทางจิตใจ ส่วนบุคคลอาจช่วยให้ผู้สูงอายุพัฒนากลยุทธ์การเผชิญปัญหาเชิงบวกได้ดียิ่งขึ้น และมีความสอดคล้องผลการวิจัยคุณภาพชีวิต ความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ประสบหาคู่ทกภัย ปี 2554 ของ ศากุล ช่างไม้, สุปราณี แดงวงษ์, อรรวรรณ สมบูรณ์จันทร์, กุณิศรา เพ็ญมะนะกุล, และ สุกฤตา ตะการีย์ (2555) ได้อธิบายถึงผู้สูงอายุร้อยละ 44.4 อยู่ในระดับน้อย อันเนื่องมาจากผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในชมรมผู้สูงอายุของชุมชน แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการสนับสนุนการบริการการศึกษาแก่ผู้สูงอายุเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในชุมชนหรือสังคม

2.11 การไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าปัจจัยในเรื่องของเศรษฐกิจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการไม่ได้ฝึกฝนอาชีพ ไม่มีความรู้ในการทำเพื่อประกอบอาชีพที่ตนเองสนใจ รวมถึงไม่มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนข้อมูลอาชีพกับผู้อื่น จึงไม่สามารถที่จะนำไปสร้างเป็นอาชีพหลักหรืออาชีพเสริมช่วยเพื่อสร้างรายได้แก่ตนเองได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการสรุปการศึกษาของ อภิญา วงศ์ใหม่ (2560) ด้านปัจจัยทางเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนใหญ่คือกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือไม่ได้ทำงาน จึงก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีงานทำ มีการประกอบอาชีพเป็นของตนเอง เช่นเดียวกับในงานของ Kansri, Malai, & Soonthornchaiya (2018) ได้สรุปผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบได้บ่อยในผู้สูงอายุไทย 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้า เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพควรพัฒนาการแทรกแซงที่กำหนดเป้าหมายไปที่ผู้สูงอายุเพศหญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดีและมีรายได้น้อย

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีทั้งหมด 5 ตัวแปร คือ การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง (X_1) ด้านความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ (X_2) การรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ (X_6) การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (X_8) การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา (X_{10})

3.1 การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา ซึ่งตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุสูงที่สุดเพราะ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีโอกาสเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ หรือได้มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ จากโรงเรียนผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมภายในชุมชนที่จะช่วยส่งเสริมต่อการพัฒนาทักษะต่าง ๆ หรือเพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียดที่อาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ อันเกิดจากผู้สูงอายุส่วนมากมักมองตนเองว่ามีระดับการศึกษาที่ต่ำผู้อื่น กล่าวอายุเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกันที่จะมาทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนคนอื่น กล่าวไม่ได้รับการยอมรับจากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุด้วยกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จินตนา เหลืองศิริเธียร (2550) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาไม่ได้เรียนหรือมีการศึกษาน้อยกว่าจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอื่นสูงกว่า มักจะรู้สึกตัวเองด้อยกว่าคนอื่น และมีความกลัวว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักจะแยกตัวออกจากสังคมและมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าควรได้รับการทำกิจกรรมหรือการสนับสนุนจากชมรมผู้สูงอายุ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อในการบริหารจัดการความทุกข์ คลายความเครียดลดภาวะซึมเศร้าผ่านกิจกรรม ประสบการณ์ ความรู้ เพื่อทำประโยชน์แก่สังคมก่อให้เกิดการช่วยเหลือผู้อื่นและทำประโยชน์เพื่อสังคม สอดคล้องในงานของ อรรถกร เฉยทิม และนวลฉวี ประเสริฐสุข อรุณบุรี เกิดในมงคล (2561) พบว่า การที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุสามารถสร้างความสุขอยู่ในระดับสูง รวมถึงเป็นการแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งเสริมให้

มีการวางแผนในชีวิต ตระหนักถึงคุณค่าในตนเองมากยิ่งขึ้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งต่อการสนับสนุนการบริการ การศึกษาให้มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้า

3.2 การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง เพราะ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองมีค่าน้อยกว่าคนอื่น ไร้คุณค่า ในตนเองเป็นไรประโยชน์อีกทั้งยังเป็นภาระแก่บุคคลอื่น รวมถึงยังมีความรู้สึกที่ไม่มีใครมองเห็นหรือให้ ความสำคัญในตัวเอง สูญเสียบทบาททางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกการไม่เห็นคุณค่าตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานของ โสภิติน แสงอ่อน, พรเพ็ญ สำเภา และพรทิพย์ มาลาธรรม (2550) ที่อธิบายถึงความ ว่าเหว่ ที่เกิดจากการขาดความสัมพันธ์กับเพื่อนทำให้ต้องอยู่เฝ้าบ้าน อยู่โดดเดี่ยว จนทำให้มองตนเองใน ด้านลบ ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า นอกจากนี้ การไม่เห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ คือ ความรู้สึกที่หมดหวัง ซบอบอยู่ตามลำพัง หลบเลี่ยงจากสังคม ซึ่งสอดคล้องกับงานของ ธัญพร พรหมจันทร์ และ ศิริลักษณ์ ศุภพิติพร (2557) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่สูงก็จะก่อให้เกิด ภาวะซึมเศร้าระดับสูง ก่อให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ทำให้มีความรู้สึกตำหนิตนเองเกิดขึ้น รวมถึง การรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระให้กับผู้อื่น และมักจะเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุนึกน้อยค่า ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

3.3 ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ เพราะ ผู้สูงอายุยังคงมีเรื่องให้ทุกข์ใจอยู่บ่อยครั้ง และยังคง โหยหาความต้องการที่จะประสบความสำเร็จให้มากกว่าที่เป็นอยู่ ก่อให้เกิดความกระวนกระวายภายใน จิตใจ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณนอกจากความศรัทธาในเรื่องของศาสนา ก็ สามารถเกิดขึ้นจากการกระทำของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในชีวิตเป็นหลัก ซึ่งสอดคล้องกับการอธิบาย ในงานของ อภิรดี โชนิรัตน์, วิราพรณ วิโรจน์รัตน์, คะนิงนิจ พงศ์ถาวรกมล และศรียามน ติรพัฒน์ (2563) พบว่าหากผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาความสามารถใน การทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น เพื่อการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีความสุข นอกจากนี้ นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ (2559) และตฤฉา จำปาวัลย์ (2560) เห็นพ้องต้องกันว่า หากภาวะทางจิตใจมีความผิดปกติทางอารมณ์ ความรู้สึก ทำให้การมองโลกในแง่ลบ และส่งผลเสียต่อสุขภาพชีวิต และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

3.4 การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร เพราะโดยส่วนมากผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร มากนัก อันเนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลได้ยาก หรือจะได้รับการติดต่อเมื่อผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัดหรือตาม อาการเจ็บป่วยเท่านั้น ทำให้ไม่มีความต่อเนื่องของการได้รับข้อมูล และอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับ ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาสุขภาพตนเอง การยากต่อการเข้าถึงหรือการได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับข้อบกพร่องสุขภาพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือ จากสื่อแหล่งต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

ได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาจากงานของ บุญวาส สมวงศ์ และปริญญา หรฺนโพธิ์ (2560) พบว่า เพื่อลดการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตใจ ผู้สูงอายุจึงควรได้รับถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อมวลชน ครอบครัว เพื่อน หน่วยงานสาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ และควรเป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและมีประโยชน์ เพื่อช่วยให้เกิดประโยชน์แก่ผู้สูงอายุต่อการมีความรู้ถึงโรคร้ายไข้เจ็บและวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองในอนาคต

3.5 การรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ เนื่องจากวัยผู้สูงอายุต้องให้ความสำคัญกับเรื่องของสุขภาพ จากการอธิบายผ่านทฤษฎีความแก่ การเสื่อมของโมเลกุลของเซลล์โดยปกติก็จะมีเปลี่ยนแปลงไปตามอายุขัยของสิ่งมีชีวิตนั้น ๆ แต่หากการที่ผู้สูงอายุปล่อยปละเลยต่อการดูแลสุขภาพก็จะส่งผลทำให้ การเสื่อมจากอุบัติเหตุหรือจากปัจจัยภายนอกส่งผลต่อการเสื่อมหรือการสิ้นอายุขัยของเซลล์นั้นเร็วกว่าปกติ ซึ่งอาจเกิดจากการลื่นล้มของผู้สูงอายุ อุบัติเหตุต่าง ๆ สิ่งแวดล้อมโดยรอบ ซึ่งก่อเกิดมาจาก การไม่ดูแลใส่ใจสุขภาพของตนเอง (อายุวัฒน์, 25562) ดังนั้น การรับรู้การดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ นับว่าเป็นประเด็นสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับงานของ บุชราคม จิตอารีย์ (2555) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยที่อายุ เพศ สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

ดังนั้น ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องการการเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง เพื่อให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ รวมไปถึงการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว องค์กร หน่วยงานต่าง ๆ สถานพยาบาลเพื่อให้การดูแล และมอบข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพ ต่อการเข้าใจถึงวิธีการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และที่สำคัญคือการสนับสนุนการให้บริการการศึกษา การทำกิจกรรมที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมอย่างสร้างสรรค์เพื่อส่งเสริมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าการไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าต่อผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่สุด ดังนั้นควรมีกิจกรรมเพื่อลดการไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา ด้วยวิธีการให้การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ กิจกรรมที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ทั้งในเรื่องของสุขภาพ ภาษา และวัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างกิจกรรมเพื่อเสริมความรู้และความสุข ก่อให้เกิดความผ่อนคลายแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลให้ลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ดี

2) ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าการไม่เห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าต่อผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรมีกิจกรรมเพื่อลดการไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ผ่านหน่วยกระทรวงสาธารณสุขระดับอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล รวมไปถึงหน่วยงานชมรมผู้สูงอายุ เพื่อช่วยเหลือในการดึงผู้สูงอายุเข้ามาเป็นสมาชิกทำกิจกรรมพัฒนาช่วยเหลือ ทำตนให้รู้สึกเป็นประโยชน์ต่อสังคม ส่งเสริมให้ลดการไม่เห็นคุณค่าในตนเองลงได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามลดน้อยลง

3) ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าต่อผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรมีกิจกรรมเพื่อลดความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ การพยายามสร้างความเข้าใจโดยการนำกิจกรรมทางศาสนามาใช้ เพื่อก่อให้เกิดเหมือนภูมิคุ้มกันทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจตนเอง เพื่อลดการเกิดความทุกข์ภายในจิตใจและภาวะซึมเศร้ามลดลงได้

4) ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าการไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าต่อผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นหน่วยกระทรวงสาธารณสุขระดับอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล ส่งเสริมการเข้าถึงข่าวสารของผู้สูงอายุ หรือข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างง่ายดาย และควรมีการกระจายข่าว ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเป็นประจำบ่อยครั้ง รวมถึงการใช้สื่อออนไลน์หรือสื่อต่าง ๆ ในการให้ข้อมูลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่เข้าใจและเข้าถึงได้ง่าย เพื่อลดการไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

5) ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า การรับรู้ว่าการรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าต่อผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรมีกิจกรรมเพื่อลดการรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ ด้วยวิธีการให้ความรู้ความเข้าใจถึงวิธีการดูแลสุขภาพที่ดีและถูกต้อง จากหน่วยงานการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและโรงพยาบาลเอกชน เพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี และส่งเสริมให้ตระหนักเรื่องสุขภาพมากยิ่งขึ้น จะส่งผลลดการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการไม่รับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

6) ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ความไม่พึงพอใจในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าต่อผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นหน่วยกระทรวงสาธารณสุขระดับอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล รวมไปถึงหน่วยงานชมรมผู้สูงอายุ ควรมีกิจกรรมเพื่อลดความไม่พึงพอใจในชีวิต โดยการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมผู้สูงอายุที่มีความสนใจ โดยกิจกรรมที่ทำนั้นให้มีความสอดคล้องกับชีวิตประจำวัน จะเป็นการส่งเสริมให้เกิดความภาคภูมิใจ กำลังใจ และการเห็นคุณค่าในตนเองมากยิ่งขึ้น

7) ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า การรับรู้ว่าการรับรู้ว่าจะขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าต่อผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรมีกิจกรรมเพื่อลดการรับรู้ว่าจะขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว โดยคนในครอบครัวควรหันมาใส่ใจผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น การคอยรับฟังปัญหาต่าง ๆ ของผู้สูงอายุในครอบครัว และพร้อมให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันตลอดเวลา ซึ่งหน่วยกระทรวงสาธารณสุขระดับอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล รวมไปถึงหน่วยงานชมรมผู้สูงอายุ ควรสร้างความเข้าใจแก่คนในครอบครัว เช่น วิธีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ เพื่อให้ความรู้ที่เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกวิธีแก่ลูกหลานและคนในครอบครัว ก่อเกิดการเสริมสร้างความรู้ความเอาใจใส่ต่อการดูแล การช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุจากคนในครอบครัวมากยิ่งขึ้น เป็นต้น เพื่อลดการขาดการรับรู้การช่วยเหลือจากครอบครัว และช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอีกด้วย

8) ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า การรับรู้ว่าจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าต่อผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรมีกิจกรรมเพื่อลดการรับรู้ว่าจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร หน่วยกระทรวงสาธารณสุขระดับอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล และชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรมีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ เพื่อเป็นการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ยังคงสามารถปฏิบัติได้เพียงแค่ออกกำลังกายขั้นพื้นฐาน อาทิเช่น การออกกำลังกายเบา ๆ เดินเบา ๆ รวมไปถึงการให้ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพร่างกายอย่างถูกต้องแก่ผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ควรมีการเสริมสร้างทักษะทั่วไปในชีวิตประจำวัน รวมถึงการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุด้วยตนเอง เช่น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุฝึกเคลื่อนไหวด้วยตนเอง โดยมีลูกหลานหรือคนในครอบครัวคอยดูแลอยู่ใกล้ ๆ อาทิเช่น การลุกขึ้นเดินเข้าห้องน้ำ เตรียมยาที่ต้องรับประทานหรือทำกิจกรรมอื่น ๆ ด้วยตนเอง เช่น การปลูกดอกไม้หรือพืชผักสวนครัว เป็นต้น ซึ่งควรส่งเสริมเพื่อเสริมสร้างการขยับร่างกายของผู้สูงอายุ เพื่อลดการรับรู้ว่าจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร ด้วยวิธีการขยับฝึกการเคลื่อนไหวป้องกันการเป็นผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ซึ่งอาจนำมาสู่ภาวะซึมเศร้าได้

9) ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าทัศนคติเชิงลบต่อความตาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าต่อผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อันเนื่องมาจากการสูญเสียเป็นสาเหตุของความเศร้าโศก ดังนั้นเพื่อลดทัศนคติเชิงลบต่อความตาย รวมถึงส่งผลให้ลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุลงได้ หน่วยกระทรวงสาธารณสุขระดับอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล ควรศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อใช้หาแนวทางการแก้ปัญหาแก่ผู้สูงอายุและเสริมสร้างการฝึกทำใจยอมรับกับเรื่องราวที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น วิธีการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุจากโรคเรื้อรังหรือความพิการที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญอยู่ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าและทัศนคติเชิงลบต่อความตายได้ ซึ่งอาจช่วยให้คาดการณ์และป้องกันการเกิดความโศกเศร้าล่วงหน้าได้ และด้านชมรมผู้สูงอายุหรือกลุ่มเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถใช้วิธีการปรับทัศนคติทางลบต่อความตาย ด้วยวิธีการส่งเสริมกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสหันหน้าเข้าศาสนา โดยให้ความเชื่อของศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยลดทัศนคติเชิงลบต่อความตาย การคิดทำร้ายตนเอง และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

10) ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าการไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าต่อผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น หน่วยกระทรวงสาธารณสุขระดับอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล ควรมีการให้คำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพบ่อยครั้ง รวมไปถึงวิธีการดูแลรักษาสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยอาจมีการจัดกิจกรรมแพทย์ให้ความรู้สู่ชุมชน จัดสัปดาห์ละครครั้ง เพื่อเป็นการให้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ และการสร้างให้โรงพยาบาลเป็นเสมือนแหล่งศูนย์ช่วยเหลือที่สำคัญและดีต่อผู้สูงอายุ เพื่อลดการไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

11) ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าการไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าต่อผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรมี

กิจกรรมเพื่อลดการไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน ด้วยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสฝึกฝนอาชีพที่ตนเองสนใจ ผ่านหน่วยงานชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อในการนำไปพัฒนาอาชีพที่กำลังทำอยู่ หรือนำไปเป็นอาชีพหรืองานอดิเรก เพื่อเป็นช่องทางในการสร้างรายได้อีกทางแก่ผู้สูงอายุที่มีความสนใจและยังขาดโอกาสทางสังคม ให้กลับมามีรายได้และการทำงานตามที่ตนเองถนัดและสนใจ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับจากปานกลางถึงรุนแรงมาก เพื่อให้การช่วยเหลือและติดตามประเมินผลต่อไป

2) ควรมีการศึกษาในส่วนของครอบครัว หรือสังคมโดยรอบของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อหน่วยงานหรือองค์กรที่สำคัญต่อผู้สูงอายุได้ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ในการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รวมไปถึงการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการดูแลตัวเอง ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและคนในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ให้มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมที่สุด

3) ควรมีการศึกษาหรือพัฒนารูปแบบของโปรแกรมที่ช่วยในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยเป็นโปรแกรมหรือกระบวนการที่เน้นการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง การสร้างความภาคภูมิใจ วิญญาณ พร้อมทั้งเป็นส่งเสริมการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และการส่งเสริมให้เกิดจากรับรู้ความสามารถในดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสนับสนุนให้เกิดการบริการการศึกษา กิจกรรมต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุต่อไป

4) การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชเท่านั้น หากมีศึกษาเพิ่มเติมในพื้นที่ภูมิภาคอื่น ที่มีบริบทแตกต่างกันออกไป ก็จะสามารถเพิ่มเติมรายละเอียดในส่วนอื่น เพื่อหาแนวทางจัดการกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2561). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ.2561*. กรมกิจการผู้สูงอายุ: โรงพิมพ์สามลดา.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (ม.ป.ป.). *สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ*. ค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2563, จาก: http://www.dop.go.th/download/laws/benefit_th_20160507132133_1.pdf
- กรมสุขภาพจิต, และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2563). *มารู้จักและหาวิธีรับมือกับภาวะซึมเศร้า สำหรับประชาชน*. ค้นเมื่อ 27 กรกฎาคม 2563, จาก: https://www.thaidepression.com/www/doc62/depress_doc.pdf
- กรมสุขภาพจิต. (2561). *ดูแล “ผู้เฒ่า” ห่างไกล “ซึมเศร้า” ไม่ล้ม ไม่ลืม*. ค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2563, จาก: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27768>
- กรมสุขภาพจิต. (2561). *สถิติผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสูงอันดับ 2 อาชีพตำรวจก็ด้วย*. ค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2563, จาก: <https://bit.ly/34AAeLG>
- กรมสุขภาพจิต. (2561). *สร้างจิตใจที่แจ่มใสให้ผู้สูงอายุด้วยกิจกรรมทางสังคม*. ค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2563, จาก: https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/social-activities-for-elders/?fbclid=IwAR0XEZhB_STA2jNoT4kmW-_sVJHaez2dEESb2D8viouK5SX9-82f1iUg6YM
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2546). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546*. ค้นเมื่อ 24 สิงหาคม 2563, จาก: www.dop.go.th/download/laws/regulation_th_20152509163042_1.pdf
- กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วชิรรินทร์ พี.พี.
- กัตติกา ธนะขำว้าง, วันทนา ถิ่นกาญจน์ และรวมพร คงกำเนิด. (2558). *รายงานการวิจัยเรื่องการวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย (ฉบับสมบูรณ์)*. นครราชสีมา: สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.

- กันยารัตน์ อุบลวรรณ, อัจฉริยา พ่วงแก้ว, วิยะการ แสงหัวช้าง และกุลิสรา ขุนพินิจ. (2561). ปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคเรื้อรัง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 48 (2), 244-255.
- กิตติพงษ์ สีลสุทโธ และรัชชานนท์ ศุภพงศ์พิเชฐ. (2558). จิตวิทยาสังคมกับการปรับพฤติกรรมการรับรู้ของบุคคลในการดำรงชีวิต. *วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์*, 1 (2), 11-21.
- เกษรา โพธิ์เย็น. (2562). สังคมผู้สูงอายุ: โอกาสของธุรกิจที่ยั่งยืนในอนาคต. *วารสารวิทยาการจัดการปริทัศน์*, 21 (1), 201-209.
- เกสร มัยจิ้น. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 23 (2), 306-318.
- ชญัญญา ปัญจพล. (2558). การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง). *วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*, กรุงเทพฯ.
- คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (ม.ป.ป.). *จิตวิทยาสังคม*. ค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2563, จาก: https://www.psy.chula.ac.th/psy/about_soc.php
- คอลัฟ ต่วนบุละ, มาหะมะดารี แวโนะ และมูฮำหมัดราฟิร มะเก็ง. (2560). รายงานวิจัยเรื่อง แรงสนับสนุนทางสังคม: กลไกป้องกันปัญหาพนันของเยาวชนในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ฉบับสมบูรณ์). กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน.
- จันทร์รัตน์ เลิศทองไทย. (2556). *ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- จำรุณ บริสุทธี. (2556). *รูปแบบการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาพัฒนาพลัง: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลปากแพรก จังหวัดกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการเพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์, ฉะเชิงเทรา.
- จิณวัตร จันครา และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2559). ผลของโปรแกรมการจัดกิจกรรมตามแนวคิดมอนเตสซอรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27 (1), 39-50.
- จินดารัตน์ โปธน์อก. (2557). *กลุ่มอายุ*. ค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2563, จาก: <https://bit.ly/3aWL3ce>

- จินตนา เหลืองศิริเธียร. (2550). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์*. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิตสาขาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- จิรัชยา เกล้าดี, สุภชัย นาคสุวรรณ และจักรวาล สุขไมตรี. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารราชพฤกษ์*, 15 (1), 27-32.
- ฉัตรฤดี ภาระญาติ. (2558). *ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ชนภักษ์ ลิมสีบเชื้อ. (2556). การศึกษาและพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 7 (2), 80-94.
- ชนนิพัทธ์ ประเสริฐพรรณ, นพวรรณ เปียเชื้อ, สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ และกมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์. (2557). กิจกรรมและผลการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเมือง: กรณีศึกษา. *วารสารรามธิบดีพยาบาลสาร*, 20 (3), 338-400.
- ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. *บทความวิชาการ สำนักวิชาการสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา*, ค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2563, จาก: library.senate.go.th.
- ณททัย วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์ และคณะ. (2559). *คู่มือการดูแลผู้สูงวัย: สูตรคลายซึมเศร้า*. นนทบุรี: บริษัท โอเพ่นเวิลด์ส พับลิชชิ่ง เฮาส์ จำกัด.
- ณัฐกานต์ สำเนียงเสนาะ. (2556). *ปัจจัยที่ทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ดวงพร ภาคาหาญ. (2560). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ เขตรับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง รพ.แพร่ (ร่องช่อ). *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 25 (2), 13 -23.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ. (2553). ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 28 (2), 67-76.
- แดน สุวรรณระวี. (2556). *ปัจจัยกำหนดภาวะทุพพลภาพระหว่างผู้สูงอายุเพศหญิงและชายในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

- ตฤณิลา จำปาวัลย์. (2560). แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 2 (2), 1-11.
- ต่อศักดิ์ กาญจนทรัพย์สิน. (2560). รูปแบบกิจกรรมความสุข 5 มิติของกรมสุขภาพจิตที่มีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลโพธิ์ชัย อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์, บุรีรัมย์.
- ทองศักดิ์ มุลจันดา และทัศน พลไชย. (2561). ผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง ตำบลห้วย อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 2 (2), 14-29.
- ทิพย์สุดา หมื่นหาญ (2552). รายงานการวิจัยการรับรู้และการดำเนินชีวิตแบบสังคมพอประมาณ (MOSO) ของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี. นนทบุรี: วิทยาลัยราชพฤกษ์.
- ไทยพีบีเอส. (2560). สธ.เตือนภัยเงียบ "โรคซึมเศร้า" แนะนำครอบครัวสังเกต 9 อาการ. ค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2563, จาก: <https://news.thaipbs.or.th/content/268828>
- ไทยรัฐ. (2562). ปรับนิยามผู้สูงอายุใหม่ เป็น 65 ปี. ค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2563, จาก: <https://www.thairath.co.th/news/society/1514850>
- ธัญพร พรหมจันทร์ และศิริลักษณ์ ศุภปิณฑิพร. (2557). ภาวะซึมเศร้า และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 58 (5), 545-561.
- ธัญพร พรหมจันทร์. (2556). ภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราร้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ธีรพงษ์ ธงหิมะ, สุทธิพร มุลศาสตร์ และปราการ ถมยางกูร. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 20 (2), 105-158.
- นพมาศ ธีรเวคิน. (2539). *จิตวิทยาสังคมและชีวิต*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นภา พวงรอด. (2558). การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 2 (1), 63-74.

- นรินทร์ ฟองฟูม. (2562). *ความงามของธรรมชาติที่ส่งผลต่อการสร้างสรรค์ผลงานจิตรกรรม*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาทัศนศิลป์ คณะศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15 (3), 24-31.
- นันท์นิ ศุภมงคล. (2547). *ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และกลวิธีการเผชิญปัญหาของนิสิตนักศึกษา*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- นันท์ทรา หงส์ศรีสุวรรณ. (2559). ภาวะซึมเศร้า. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 1 (38), 105-118.
- นิด้าโพล. (2562). *ผลโพลเผย ผู้สูงอายุในไทย 71.54% ไม่มีภาวะซึมเศร้า*. ค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2563, จาก: https://www.isranews.org/isranews-short-news/75512-poll_75512.html
- นิพนธ์ ดารารุฒิมมาประกรณ์. (2552). *รูปแบบการอยู่อาศัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต วิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- บัณฑูร ลวรธานกร. (2559). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการแพทย์เขต* 11, 30 (2), 13-23.
- บุญवास สมวงศ์ และปริญญา หรุ่นโพธิ์. (2560). การดูแลสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ เขตบางแค จังหวัดกรุงเทพมหานคร. ใน *การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ครั้งที่ 9*, 7-9 สิงหาคม 2560. นครปฐม : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์.
- บุษราคัม จิตอารีย์. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม).
- เบญจมาศ ยศเสนา. (2559). การเห็นคุณค่าผู้สูงอายุ. *วารสารการวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 9 (1), 1-14.

- ปวีณา นพโสทร. (2556). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- พยาม การดี พรรณพิมล สุขวงษ์ และดาว เวียงคำ. (2559). การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 24 (1), 40-51.
- พวงชมพู โจนส์. (2561). สังคมผู้สูงอายุ: โอกาสและความท้าทายทางธุรกิจ. *วารสารธุรกิจปริทัศน์*, 10 (1), 1-6.
- พัชญา คชศิริพงศ์. (2553). ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- พัชรภักดิ์ ไชยสังข์, สิริกร สุวชันธุ์ชา, ปริมิวิชญา อินตะกัน, และสายใจ ลิขนะเอียร. (2556). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเมือง. *การพยาบาลและการศึกษา*, 6 (1), 27-37.
- พิทยา พิสิฐเวช. (ม.ป.ป.). ภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า. ค้นเมื่อ 27 กรกฎาคม 2563, จาก: <https://www.thonburibamrungmuang.com/news/detail/10/ภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า>
- พิมผกา ปัญญาใหญ่. (2555). การออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35 (2), 140-148.
- พุทธิพร ธนธรรมเมธี, สายฝน เอกวรารังกูร, เรวดี เพชรศิริสาส์น และลัดดา เกียมวงศ์. (2563). การบูรณาการส่งเสริมร่วมกับเทคนิคการคัดเลือกคุณลักษณะเพื่อขยายขีดความสามารถในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ. *วารสารเทคโนโลยีสารสนเทศ*, 16 (1), 34-45.
- ไพศาล แยมวงษ์. (2555). การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการแนะแนว มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

- ภัทรกร วิริยวงศ์. (2551). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ภาวดี เหมทานนท์, ภาณุพงศ์ เฉลิมทรง, ภัทรารัฐ ชูแก้งรุ่ง และภัทรธิดา ฟองงาม. (2562). ผลของ
 โปรแกรมการระลึกความหลังแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: การศึกษานำร่องกับ
 ผู้สูงอายุตำบลบ้านไม้แดง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*,
 22 (3), 55-65.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา. (2557). *นิยาม: สังคมผู้สูงอายุ*. ค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2563, จาก:
<https://bit.ly/2Qup9U5>
- มาติกา รัตน์ะ. (2559). *ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*.
 วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการบริการสาธารณสุข คณะ
 สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- มาจรี อุไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง. (2560). การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษามูลนิธิ
 สงเคราะห์คนชราอนาถาแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. *รูสมิแล*, 38 (1). 29-44.
- มาโนช หล่อตระกูล. (ม.ป.ป.). *โรคซึมเศร้าโดยละเอียด*. ค้นเมื่อ 27 กรกฎาคม 2563, จาก:
<https://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-1017>
- มัจรินทร์ พุทเมตตา. (2557). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
 ในเขตภาคกลาง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
 และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ยุพา ทองสุก. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ
 พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- รักษพล สนิตยา. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย*.
 วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2561). *การบำบัดจิตสังคมสำหรับผู้สูงอายุ*. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- โรงพยาบาลเปาโลโชคชัย 4. (2561). *โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ... อันตรายที่ใกล้แค่เอื้อม*. ค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2563, จาก: <https://www.paolohospital.com/th-TH/chokchai4/Article/Details/อายุรกรรม/โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ...-อันตรายที่ใกล้แค่เอื้อม>
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี. (2562) *มารู้จักและหาวิธีรับมือกับภาวะซึมเศร้า สำหรับประชาชน*. คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, จาก <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/232>.
- เลิศวัลลภ ศรีษะพลภูสิทธิ และ ธมนพัชร์ ศรีษะพลภูสิทธิ. (2560). การปรับตัวเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์*, 20 (1), 253-265.
- วงศ์สิริ แจ่มฟ้า, ศิริรัตน์ จำปีเรือง และพิมพ์วรรณ เรืองพุทธ. (2562). ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 11 (2), 259-271.
- วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, กมลทิพย์ ขลิ้งธรรมเนียม, และนพนัฐ จำปาเทศ. (2561). การพัฒนาระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุด้วยโอกาสเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม. *วารสารสังคมสงเคราะห์*, 26 (1), 95-119.
- วนิดา อินทราชา และคณะ. (2556). *ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของสมาชิกผู้สูงอายุ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง*. ค้นเมื่อ 24 สิงหาคม 2563, จาก: [http://www.bcnlp.ac.th/document/qa/CHE2556/5.1/5.1-3-1\(6\).pdf](http://www.bcnlp.ac.th/document/qa/CHE2556/5.1/5.1-3-1(6).pdf)
- วิจิตน์ บุญยะโหดระ. (2553). การใช้ฐานข้อมูล (Power point slides). *ศาสตร์การชะลอวัยและวิทยาการสุขภาพ “ทฤษฎีความสุข”*. ค้นเมื่อ 24 สิงหาคม 2563, จาก: sci.bsru.ac.th/sciweb/Download/subject/HealthandBeauty/chap-06-1.pdf
- วิภาวี เหล่าจตุรพิศ. (2553). *รายการวิจัยเรื่อง แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษา 5 ในโรงเรียนประถมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษากาฬสินธุ์ เขต 1 จังหวัดกาฬสินธุ์*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

- วิยะดา ต้นวัฒนากุล, สุรีย์ ชูประทีป, สุกัญญา มีเอียด และวิชัย ต้นวัฒนากุล. (2550). รายงานการวิจัย เรื่อง สถิติวิเคราะห์ปัญหาภาวะซึมเศร้าและ/หรือทำร้ายตัวเองของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ . เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิลาวรรณ คริสต์รักษา และทิพย์ภา เชษฐ์เขาวลิต. (2561). บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ: มิติวิญญาณ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36 (2), 6-14.
- ศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (ม.ป.ป). *แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า PHQ-9*. ค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2563, จาก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เว็บไซต์: https://med.mahidol.ac.th/th/depression_risk
- ศากุล ช่างไม้, สุปราณี แต่งวงษ์, อรวรรณ สมบูรณ์จันทร์, กุณิศรา เพ็ญมะนะกุล, และสุกฤตา ตะการีย์. (2555). คุณภาพชีวิต ความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ประสบมหาอุทกภัย ปี 2554. *วารสารพยาบาล*, 16 (4), 1-9.
- ศิริราไพ สุวัฒน์คุปต์ และบุรณี กาญจนถวัลย์. (2557). การศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ อยู่ในบ้านพักของตนเองและผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านคนชรา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *เวชศาสตร์ร่วมสมัย*, 58 (3), 341-353.
- ศิริลักษณ์ ผ่องจิตสิริ. (2561). ความชุกและปัจจัยทำนายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วย บริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารกรมการแพทย์*, 43 (5), 81-86.
- ศิวลาภ สุขไพบุลย์วัฒน์. (2560). บทบาทของผู้สูงอายุต่อความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในประเทศไทย. *วารสารครีเนครินทรวินิจฉัยและพัฒนา*, 9 (17), 176-191.
- ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต. (2561). *รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุประจำปี 2561*. ค้นเมื่อ 8 มกราคม 2564, จาก: https://www.thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/60up/dep_60up_61.pdf
- สถาบันจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2561). *โรคซึมเศร้า..รับมือได้*. ค้นเมื่อ 24 สิงหาคม 2563, จาก: <http://new.smartteen.net/infographic/172>
- สมบัติ สกุลพรรณ, สุพิศ กุลชัย และดาราวรรณ ต๊ะปินตา. (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการ แก้ปัญหาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการใน

- สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30 (3), 109-120.
- สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (2560). *ทำความเข้าใจ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ*. ค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2563, จาก: <https://www.certainty.co.th/article/detail/ทำความเข้าใจ+ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ>
- สาวิตรี สิงหาด. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 18 (3), 15-23.
- สุปราณี หมิ่นยา (2560). การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ: ประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 9 (1), 59-69.
- สุพรรณษา แสงพระจันทร์ และคณะ. (2559). การรับรู้ความหมายความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26 (2), 76-88.
- โสภณ แสงอ่อน, พรเพ็ญ สำเภา และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความว่า เหว่ และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *วารสารรามาริบัติพยาบาลสาร*, 13 (1), 54-69.
- โสฬพัทธ์ เหมรัฐชโรจน์. (2559). การใช้ฐานข้อมูล (Power point slides). *ศาสตร์การชะลอวัยและวิทยาการสุขภาพ “ทฤษฎีความสุข”*. ค้นเมื่อ 24 สิงหาคม 2563, จาก: sci.bsru.ac.th/sciweb/Download/subject/HealthandBeauty/chap-06-1.pdf
- อติทยา โรจนสโรช, สุนิศา มลิจันทร์บัว และพรพรรณ โปธิ์ไกร. (ม.ป.ป.). การใช้ฐานข้อมูล (Power point slides). *ศาสตร์การชะลอวัยและวิทยาการสุขภาพ “ทฤษฎีความสุข”*. ค้นเมื่อ 27 กรกฎาคม 2563, จาก: sci.bsru.ac.th/sciweb/Download/subject/HealthandBeauty/chap-06-1.pdf
- อภิญา วงศ์ใหม่. (2560). *ปัจจัยทำนายความซึมเศร้าและแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแม่วาง อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- อภิรดี โชนิรัตน์, วิจารณ์รัตน์, วิโรจน์รัตน์, คะเน็งนิจ พงศ์ถาวรภมม และศรียามน ตีรพัฒน์. (2563). ปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31 (1), 93-108.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, สุวิมล จอดพิมาย, และพรรณภา แสงส่อง. (2561). การศึกษาประสบการณ์ภาวะซึมเศร้าและความเศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32 (3), 33-47.
- อรรถกร เฉยทิม และนวลฉวี ประเสริฐสุข อรุปรีย์. (2561). ความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสังคมศาสตร์บูรณาการ*. 85-108.
- อรสา ไยยอง. (2553). *ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- อรัญญา นามวงศ์ และคณะ. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 19 (2), 85-108.
- อรัญญา นามวงศ์, เอกพันธ์ คำภีระ, คอย ละอองอ่อน และวัชรวิ ไชยจันดี. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 19 (2), 94-102.
- อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ. (2556). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- อายุวัฒน์. (2562). *ทฤษฎีว่าด้วยความชรา (Theory of Aging)*. ค้นเมื่อ 27 กรกฎาคม 2563, จาก: <https://happyaged.wordpress.com/2019/11/28/ทฤษฎีว่าด้วยความชรา-theory-of-aging/>
- อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง. (2554). *ผลของจิตบำบัดระดับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. ค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2563, จาก: <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/28181>
- อุษา โพนทอง. (2556). *พลังของการเป็นผู้สูงอายุ (พุดมพลัง)*. ค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2563, จาก: <https://thaitgri.org/?p=272>

- Alexopoulos, G. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365, 1961-1970.
- Babatsikou, F., Konsolaki, E., Notara, V., Kouri, M., Zyga, S., & Koutis, C. (2017). Depression in the elderly: A descriptive study of urban and semi-urban Greek population. *International Journal of Caring Sciences*, 10 (3), 1286-1295.
- Bhamani, M., A., Karim, MS. & Khan, M., M. (2013). Depression in the elderly in Karachi, Pakistan: a cross sectional study. *BMC Psychiatry*, 13, 2-8.
- Cao W., Guo C., Ping W., Tan Z., Guo Y., & Zheng J. (2016). A Community-Based Study of Quality of Life and Depression among Older Adults. *international Journal of Environmental Research and Public Health*, 13 (Suppl. 7), 1-10
- Chen, L., Alston, M., & Guo, W. (2019). The influence of social support on loneliness and depression among older elderly people in China: Coping styles as mediators [Abstract]. *Journal of community psychology*, 47 (5), 1235.
- Chunkai, L., Shan, J., & Xinwen, Z. (2019). Intergenerational relationship, family social support, and depression among Chinese elderly: A structural equation modeling analysis. *Journal of Affective Disorders*, 248, 73-80.
- Dong, HJ., Larsson, B., Dragioti, E., Bernfort, L., Levin, LÅ., & Gerdle, B. (2020). Factors associated with life satisfaction in older adults with chronic pain (pains65+). *Journal of pain research*, 13, 475-489.
- Ghimire, S., Baral, B., K., Karmacharya, I., Callahan, K., & Mishra, S., R. (2018). Life satisfaction among elderly patients in Nepal: associations with nutritional and mental well-being. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, 1-10.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, J.B., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate Data Analysis*, London : Peassun publishing
- Junprasert, T., Polyota, T., Piasai, P., & Chaiakkarakan, N. (2016). Depression and anxiety in the elderly: Formulation and development of preventive model through community participation. *International Journal of Behavioral Science*, 11 (2), 77-92.

- Kansri, J., Malai, C., & Soonthornchaiya, R. (2018). Geriatric depression and its related factors among Thai elderly in Chainat province. *2018: Proceedings of the 2018 ANPOR Annual Conference*. (pp. 45-54). Indonesia: Prama Grand Preanger Bandung.
- Karuncharernpanit, S., Limrat, W., Makaroon, W., Khumnate, W., Chayvijit, W., Sukomol, V., *et al.* (2016). Factors related to depression among older people living in homes for the aged of the western part of Thailand. *Asian Journal for Public Opinion Research*, 4 (1), 38-50.
- Kim, J. I., Choe, M. A., & Chae, Y. R. (2009). Prevalence and Predictors of Geriatric Depression in Community-Dwelling Elderly. *Asian Nursing Research*, 3 (Suppl. 3), 121–129.
- Kongsuk T., Supanya S., Kenbubpha K., Phimtra S., Sukhawaha S., & Leejongpermpoon J. (2017). Services for depression and suicide in Thailand. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 6 (Suppl. 1), 34-38.
- Li, C., Jiang, S., & Zhang, X. (2019). Intergenerational relationship, family social support, and depression among Chinese elderly: A structural equation modeling analysis. *Journal of Affective Disorders*, 248, 73-80.
- Malone, J. C., Liu, S. R., Vaillant, G. E., Rentz, D. M., & Waldinger, R. J. (2016). Midlife Eriksonian psychosocial development: Setting the stage for late-life cognitive and emotional health. *Developmental Psychology*, 52 (3), 496–508.
- Olpoc, J. R. (2016). Factors Affecting the Level of Depression Among Thai Elderly. St Theresa International College Nakhon Nayok, Thailand.
- Oon-aroma, A., Wongpakarana, T., Satthapisit, S., Saisavoey, N., Kuntawong, P., & Wongpakaran, N. (2019). Suicidality in the elderly: Role of adult attachment. *Asian Journal of Psychiatry*, 44, 8-12.

- Tosangwarn, S., Clissett, P., & Blake, H. (2018). Predictors of depressive symptoms in older adults living in care homes in Thailand. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32, 51-56.
- UNFPA. (ม.ป.ป.). *สูงวัยในศตวรรษที่ 21: การเฉลิมฉลองและความท้าทาย*. ค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2563, จาก: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Thai%20summary_Ageing%20in%20the%2021st%20Century_0.pdf
- World Health Organization. (2560). *วันอนามัยโลก 2560: ซึมเศร้า...เราคุยได้*. ค้นเมื่อ 27 กรกฎาคม 2563, จาก: https://www.thaidepression.com/www/who_depress/1_who.pdf
- Yodmai, K., & Somrongthong, R. (2016). Depression and factors associated with the quality of life among the elderly in Numpong and Somsong district, Khonkean province, Thailand. *European journal of scientific research*. 138 (3), 193-199.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตารางความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมที่มีผล
ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ข้อมูลปัจจัยจิตสังคม ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม
ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการไม่เห็นคุณค่าในตนเอง

| การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง | Mean | S.D. | ระดับ การไม่เห็นคุณค่า |
|---|-------------|-------------|---------------------------|
| 1. ท่านรู้สึกว่าคุณมีค่าน้อยกว่าคนอื่น | 2.12 | 1.04 | น้อย |
| 2. ท่านรู้สึกไร้ประโยชน์แก่ผู้อื่น | 2.11 | 1.12 | น้อย |
| 3. ท่านรู้สึกเป็นภาระแก่บุคคลอื่น | 2.07 | 1.08 | น้อย |
| 4. ท่านรู้สึกว่าตนเองไม่มีอะไรที่น่าภูมิใจ | 2.16 | 1.19 | น้อย |
| 5. ท่านรู้สึกว่าไม่มีใครเห็นคุณค่าในตัวท่าน | 2.05 | 1.08 | น้อย |
| รวมโดยเฉลี่ย | 2.10 | 1.01 | น้อย |

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ

| ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ | Mean | S.D. | ระดับ ความไม่ผาสุก |
|---|-------------|-------------|-----------------------|
| 1. ท่านไม่มีความรู้สึกสงบสุขทางจิตใจ | 2.28 | 0.95 | น้อย |
| 2. ท่านรู้สึกทุกข์ใจทุกครั้งเมื่อพบเจอเรื่องไม่ดี | 2.23 | 0.96 | น้อย |
| 3. ท่านรู้สึกไม่สงบสุขถึงแม้ว่าท่านได้ปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องศาสนา | 2.13 | 0.87 | น้อย |
| 4. ท่านรู้สึกเป็นทุกข์บ่อยครั้ง | 1.92 | 0.98 | น้อย |
| 5. ชีวิตที่ผ่านมาท่านยังรู้สึกว่าตนเองไม่ประสบความสำเร็จ | 1.84 | 1.05 | น้อย |
| 6. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความกระวนกระวายใจอยู่บ่อยครั้ง | 2.19 | 1.13 | น้อย |
| รวมโดยเฉลี่ย | 2.08 | 0.65 | น้อย |

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความไม่พึงพอใจในชีวิต

| ความไม่พึงพอใจในชีวิต | Mean | S.D. | ระดับ ความไม่พึงพอใจ |
|---|-------------|-------------|-------------------------|
| 1.ท่านไม่มีความพึงพอใจกับฐานะตนเองในปัจจุบัน | 2.13 | 0.87 | น้อย |
| 2.ท่านไม่มีความพึงพอใจกับสุขภาพของตนเอง | 2.13 | 0.98 | น้อย |
| 3.ท่านไม่พึงพอใจในกิจวัตรประจำวันของตนเอง | 2.15 | 0.91 | น้อย |
| 4.ท่านไม่พึงพอใจที่มีลูกหลานหรือคนที่รู้จักมาเยี่ยมเยียน | 2.58 | 1.14 | น้อย |
| 5.ท่านไม่มีความสุขในการให้ความรู้ อบรมผู้อื่นเพื่อให้เป็น คนดีคนเก่ง | 2.93 | 1.09 | ปานกลาง |
| 6.ท่านรู้สึกว่สิ่งที่ท่านมี ท่านใช้ยังไม่เพียงพอกับความ ต้องการของท่าน | 2.38 | 1.47 | น้อย |
| รวมโดยเฉลี่ย | 2.38 | 0.69 | น้อย |

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติเชิงลบต่อความตาย

| ทัศนคติเชิงลบต่อความตาย | Mean | S.D. | ระดับทัศนคติเชิง ลบ |
|--|-------------|-------------|------------------------|
| 1.ท่านไม่เข้าใจถึงสุขภาพร่างกายของตนเองดี | 1.72 | 0.77 | น้อยที่สุด |
| 2.ท่านไม่ตระหนักถึงช่วงระยะเวลาในการดำเนินชีวิตของ ตนเอง | 1.83 | 0.85 | น้อย |
| 3.ท่านไม่สามารถยอมรับและเข้าใจถึงความตายได้ดี | 1.74 | 0.87 | น้อยที่สุด |
| 4.สภาพแวดล้อมที่ท่านอยู่ ไม่ส่งเสริมให้ท่านอยากใช้ชีวิตอยู่ต่อไป | 1.50 | 0.86 | น้อยที่สุด |
| 5.ท่านมีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว เกิดความทุกข์ ทรมานใจอย่างมาก | 1.77 | 1.13 | น้อยที่สุด |
| รวมโดยเฉลี่ย | 1.71 | 0.62 | น้อยที่สุด |

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ที่ไม่สามารถการปฏิบัติกิจวัตร

| การรับรู้ที่ไม่สามารถการปฏิบัติกิจวัตร | Mean | S.D. | ระดับ ทัศนคติเชิงลบ |
|---|-------------|-------------|------------------------|
| 1.ท่านไม่สามารถทำหรือเตรียมอาหารได้ด้วยตนเอง | 1.46 | 0.68 | น้อยที่สุด |
| 2.ท่านไม่สามารถทอนเงินหรือแลกเงินได้ด้วยตนเอง | 1.37 | 0.57 | น้อยที่สุด |
| 3.ท่านไม่เข้าใจวิธีการใช้บริการสาธารณะ ขนส่งทั่วไปได้ด้วยตนเอง | 1.66 | 0.83 | น้อย |
| 4.ท่านไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่างได้ด้วยตนเอง อาทิเช่น การทานข้าว อาบน้ำ ทานยา เป็นต้น | 1.37 | 0.63 | น้อยที่สุด |
| รวมโดยเฉลี่ย | 1.46 | 0.57 | น้อยที่สุด |

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ

| การรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ | Mean | S.D. | ระดับ การรับรู้ |
|---|-------------|-------------|--------------------|
| 1.ท่านไม่สามารถรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของร่างกายตนเอง | 1.54 | 0.68 | น้อยที่สุด |
| 2.ท่านไม่เข้าใจวิธีการดูแลร่างกายตนเองได้ | 1.51 | 0.64 | น้อยที่สุด |
| 3.ท่านไม่ตระหนักถึงเรื่องสุขภาพของตนเอง | 1.75 | 0.82 | น้อย |
| 4.ท่านไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ | 1.46 | 0.65 | น้อยที่สุด |
| รวมโดยเฉลี่ย | 1.56 | 0.57 | น้อยที่สุด |

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ว่าขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว

| การรับรู้ว่าขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว | Mean | S.D. | ระดับ การรับรู้ |
|---|------|------|--------------------|
| 1.ท่านไม่สามารถรับรู้ได้ถึง การช่วยเหลือจากคนในครอบครัว | 1.87 | 0.76 | น้อย |
| 2.ท่านไม่สามารถรับรู้การให้การดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว | 1.90 | 0.78 | น้อย |

| การรับรู้ว่าคุณค่าการช่วยเหลือจากครอบครัว | Mean | S.D. | ระดับการรับรู้ |
|--|-------------|-------------|----------------|
| 3.ท่านไม่ได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัวต่อการแก้ปัญหาให้แก่ท่านเสมอ | 1.93 | 0.84 | น้อย |
| 4.ครอบครัวของท่านไม่รับฟังปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่นๆ | 1.88 | 0.87 | น้อย |
| รวมโดยเฉลี่ย | 1.89 | 0.77 | น้อย |

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการไม่รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร

| การไม่รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร | Mean | S.D. | ระดับการสนับสนุน |
|--|-------------|-------------|------------------|
| 1. ท่านไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาดูแลตนเอง | 1.46 | 0.88 | น้อย |
| 2. ท่านไม่ได้รับข้อมูล ข่าวสารจาก โรงพยาบาล หรือหน่วยงานเกี่ยวกับสุขภาพต่าง ๆ | 1.53 | 0.96 | น้อย |
| 3.ท่านไม่ได้ทราบข้อมูลสุขภาพหรือ ข่าวสารต่าง ๆ จากสื่อโทรทัศน์ และสื่อออนไลน์ | 2.08 | 1.33 | ปานกลาง |
| 4.ท่านไม่ได้แยกแยะข้อมูลข่าวสารที่เป็นเท็จและจริงเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ | 1.53 | 0.83 | น้อย |
| 5.โรงพยาบาล หรือหน่วยงานเกี่ยวกับสุขภาพต่าง ๆ ไม่ได้มีข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพแจ้งให้ท่านทราบ | 1.71 | 0.95 | ปานกลาง |
| 6.ไม่ได้รับการสนับสนุนข่าวสารสุขภาพจากชุมชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ | 1.55 | 0.89 | น้อย |
| รวมโดยเฉลี่ย | 1.65 | 0.72 | ปานกลาง |

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์

| การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ | Mean | S.D. | ระดับ การสนับสนุน |
|--|-------------|-------------|----------------------|
| 1.ท่านไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับ สุขภาพ | 1.48 | 0.88 | น้อย |
| 2.ท่านไม่ได้รับการรักษาสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมจาก แพทย์ | 1.54 | 0.96 | น้อย |
| 3.แพทย์หรือพยาบาลไม่สามารถให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพแก่ท่าน | 2.08 | 1.32 | ปานกลาง |
| 4.ท่านไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคต่าง ๆ จากแพทย์หรือพยาบาล | 1.53 | 0.83 | น้อย |
| 5.ท่านไม่ได้รับการบริการที่ดีจากสถานบริการทาง การแพทย์ | 1.71 | 0.95 | ปานกลาง |
| 6.โรงพยาบาลไม่ได้เป็นแหล่งศูนย์ช่วยเหลือในการรักษา | 1.55 | 0.89 | น้อย |
| รวมโดยเฉลี่ย | 1.65 | 0.71 | ปานกลาง |

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา

| การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา | Mean | S.D. | ระดับ การสนับสนุน |
|---|------|------|----------------------|
| 1.ท่านไม่ได้รับกระบวนการเรียนรู้ด้านวิชาการจาก หน่วยงานต่าง ๆ หรือชมรมผู้สูงอายุ | 3.52 | 0.86 | มากที่สุด |
| 2.ท่านไม่ได้รับกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับภาษาและ วัฒนธรรมจากหน่วยงานต่าง ๆ | 3.53 | 0.87 | มากที่สุด |
| 3.ท่านไม่ได้รับการเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง จากหน่วยงานต่าง ๆ | 3.60 | 0.82 | มากที่สุด |
| 4.ท่านไม่มีโอกาสในการเข้าฟังอบรมเรื่องสุขภาพ | 3.64 | 0.75 | มากที่สุด |

| การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา | Mean | S.D. | ระดับ การสนับสนุน |
|---|------|------|----------------------|
| 5.ท่านไม่มีโอกาสได้ร่วมทัศนศึกษาในสถานที่ต่าง ๆ | 3.51 | 0.88 | มากที่สุด |
| 6.ท่านไม่ได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ | 3.49 | 0.92 | มากที่สุด |
| รวมโดยเฉลี่ย | 3.55 | 0.77 | มากที่สุด |

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน

| การไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน | Mean | S.D. | ระดับ การสนับสนุน |
|---|------|------|----------------------|
| 1.ท่านไม่ได้รับการฝึกฝนพัฒนาอาชีพ | 3.51 | 0.89 | มากที่สุด |
| 2.ท่านไม่ได้รับการอบรมในการทำอาชีพต่าง ๆ | 3.52 | 0.90 | มากที่สุด |
| 3.ท่านไม่นำความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรมอาชีพไปปฏิบัติ เพื่อสร้างรายได้ | 3.65 | 0.74 | มากที่สุด |
| 4.ท่านไม่ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพกับผู้อื่น | 3.52 | 0.88 | มากที่สุด |
| 5.ท่านไม่ได้รับการส่งเสริมทางอาชีพจากคนรอบข้างและ หน่วยงานอื่น ๆ | 3.50 | 0.91 | มากที่สุด |
| รวมโดยเฉลี่ย | 3.54 | 0.79 | มากที่สุด |

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามการวิจัย

วันที่เก็บข้อมูล...../...../..... เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามงานวิจัย

**เรื่อง ปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
จังหวัดนครศรีธรรมราช**

คำชี้แจง 1 แบบสอบถามชุดนี้ มี 5 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านจิตสังคม

ส่วนที่ 3 ปัจจัยการรับรู้

ส่วนที่ 4 ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 5 แบบประเมินโรคซึมเศร้า Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง หลังข้อความหรือเติมคำให้ได้ความสมบูรณ์ที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับตัวท่าน

| | | |
|------------------------------|------------------------|--------------------------|
| 1.เพศ | ชาย | <input type="checkbox"/> |
| | หญิง | <input type="checkbox"/> |
| 2.อายุ (นับจากวันเกิดล่าสุด) |ปี | <input type="checkbox"/> |
| 3.สถานภาพ | โสด | <input type="checkbox"/> |
| | สมรสหรือคู่อยู่ด้วยกัน | <input type="checkbox"/> |
| | คู่สมรสเสียชีวิตแล้ว | <input type="checkbox"/> |
| | หย่าร้างหรือแยกทางกัน | <input type="checkbox"/> |
| 4.โรคประจำตัว | มี (ระบุ)..... | <input type="checkbox"/> |
| | ความพิการ (ระบุ)..... | <input type="checkbox"/> |
| | ไม่มีโรคประจำตัว | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 5.อาชีพ | ธุรกิจ/ค้าขาย/อิสระ | <input type="checkbox"/> |
| | รับจ้าง | <input type="checkbox"/> |
| | รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> |
| | เกษตรกร | <input type="checkbox"/> |
| | ไม่ได้ทำงาน | <input type="checkbox"/> |
| | อื่น ๆ (ระบุ)..... | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| 6.อาศัยอยู่กับ | อยู่คนเดียว | <input type="checkbox"/> |
| | อยู่กับครอบครัว | <input type="checkbox"/> |
| | อยู่สถานสงเคราะห์/บ้านพักคนชรา | <input type="checkbox"/> |
| | อื่น ๆ (ระบุ)..... | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| 7.สถานภาพทางเศรษฐกิจ | พอใช้และมีเก็บออม | <input type="checkbox"/> |
| | พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บออม | <input type="checkbox"/> |
| | ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม/เป็นหนี้สิน | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| 8.รายได้ที่ได้รับต่อเดือน | ต่ำกว่า 1,000 บาท | <input type="checkbox"/> |
| | 1,001 – 5,000 บาท | <input type="checkbox"/> |
| | 5,001-10,000 บาท | <input type="checkbox"/> |
| | มากกว่า 10,001 บาทขึ้นไป | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| 9.แหล่งรายได้ต่อเดือน | ครอบครัว/ญาติ | <input type="checkbox"/> |
| | เบี้ยยังชีพคนชรา | <input type="checkbox"/> |
| | เงินกองทุนบำเหน็จบำนาญ | <input type="checkbox"/> |
| | บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ | <input type="checkbox"/> |
| | เงินสงเคราะห์ | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|---|
| | อื่น ๆ (ระบุ)..... <input type="checkbox"/> |
|--|---|

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านจิตสังคม

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณา และตอบแบบสัมภาษณ์ที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่มีต่อตัวท่านเอง และทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่านตามความเป็นจริง โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก ดังนี้

- | | | | |
|---|-------|---------|------------------------|
| 1 | คะแนน | หมายถึง | ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย |
| 2 | คะแนน | หมายถึง | รู้สึกเช่นนี้น้อยมาก |
| 3 | คะแนน | หมายถึง | รู้สึกเป็นบางครั้ง |
| 4 | คะแนน | หมายถึง | รู้สึกบ่อยครั้ง |
| 5 | คะแนน | หมายถึง | รู้เกือบตลอดเวลา |

| การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง | ไม่เคย รู้สึกเลย | รู้สึก น้อยมาก | รู้สึก บางครั้ง | รู้สึก บ่อยครั้ง | รู้สึกเกือบ ตลอด |
|---|---------------------|-------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| 1. ท่านรู้สึกว่าคุณค่ามีค่าน้อยกว่าคนอื่น | | | | | |
| 2. ท่านรู้สึกไร้ประโยชน์แก่ผู้อื่น | | | | | |
| 3. ท่านรู้สึกเป็นภาระแก่บุคคลอื่น | | | | | |
| 4. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าไม่มีอะไรที่น่าภูมิใจ | | | | | |
| 5. ท่านรู้สึกว่าไม่มีใครเห็นคุณค่าในตัวท่าน | | | | | |
| ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ | ไม่เคย รู้สึกเลย | รู้สึก น้อยมาก | รู้สึก บางครั้ง | รู้สึก บ่อยครั้ง | รู้สึกเกือบ ตลอด |
| 1. ท่านไม่มีความรู้สึกสงบสุขทางจิตใจ | | | | | |

| | | | | | |
|---|------------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|
| 2. ท่านรู้สึกทุกข์ใจทุกครั้งเมื่อพบเจอเรื่องไม่ดี | | | | | |
| 3. ท่านรู้สึกไม่สงบสุขถึงแม้ว่าท่านได้ปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องศาสนา | | | | | |
| 4. ท่านรู้สึกเป็นทุกข์บ่อยครั้ง | | | | | |
| 5. ชีวิตที่ผ่านมาท่านยังรู้สึกว่าตนเองไม่ประสบความสำเร็จ | | | | | |
| 6. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความกระวนกระวายใจอยู่บ่อยครั้ง | | | | | |
| ความไม่พึงพอใจในชีวิต | ไม่เคยรู้สึกเลย | รู้สึกน้อยมาก | รู้สึกบางครั้ง | รู้สึกบ่อยครั้ง | รู้สึกเกือบตลอด |
| 1. ท่านไม่มีความพึงพอใจกับฐานะตนเองในปัจจุบัน | | | | | |
| 2. ท่านไม่มีความพึงพอใจกับสุขภาพของตนเอง | | | | | |
| 3. ท่านไม่พึงพอใจในกิจวัตรประจำวันของตนเอง | | | | | |
| 4. ท่านไม่พึงพอใจที่มีลูกหลานหรือคนที่รู้จักมาเยี่ยมเยียน | | | | | |
| 5. ท่านไม่มีความสุขในการให้ความรู้ อบรมผู้อื่นเพื่อให้เป็นคนดีคนเก่ง | | | | | |
| 6. ท่านรู้สึกว่าสิ่งที่ท่านมี ท่านใช้ยังไม่เพียงพอกับความต้องการของท่าน | | | | | |

| ทัศนคติเชิงลบต่อความตาย | ไม่เคย รู้สึกเลย | รู้สึก น้อยมาก | รู้สึก บางครั้ง | รู้สึก บ่อยครั้ง | รู้สึกเกือบ ตลอด |
|---|---------------------|-------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| 1. ท่านไม่เข้าใจถึงสุขภาพร่างกาย ของตนเองดี | | | | | |
| 2. ท่านไม่ตระหนักถึงช่วง ระยะเวลาในการดำเนินชีวิตของ ตนเอง | | | | | |
| 3. ท่านไม่สามารถยอมรับและ เข้าใจถึงความตายได้ดี | | | | | |
| 4. สภาพแวดล้อมที่ท่านอยู่ ไม่ส่งเสริมให้ท่านอยากใช้ชีวิตอยู่ ต่อไป | | | | | |
| 5. ท่านมีปัญหาความสัมพันธ์ใน ครอบครัว เกิดความทุกข์ทรมาน ใจอย่างมาก | | | | | |

ส่วนที่ 3 ปัจจัยการรับรู้

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณา และตอบแบบสัมภาษณ์ที่ตรงกับกรกระทำหรือความคิดเห็นของท่านที่มีต่อตัวท่านเอง และทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่านตามความเป็นจริง โดยคำตอบมี 4 ตัวเลือก ดังนี้

- | | | |
|---------|---------|-----------------|
| 1 คะแนน | หมายถึง | ไม่เป็นความจริง |
| 2 คะแนน | หมายถึง | จริงเล็กน้อย |
| 3 คะแนน | หมายถึง | จริงพอสมควร |
| 4 คะแนน | หมายถึง | จริงมากที่สุด |

| การรับรู้ว่าไม่สามารถการปฏิบัติกิจวัตร | จริงมากที่สุด (4) | จริงพอสมควร (3) | จริงเล็กน้อย (2) | ไม่เป็นความจริง (1) |
|---|-------------------|-----------------|------------------|---------------------|
| 1.ท่านไม่สามารถทำหรือเตรียมอาหารได้ด้วยตนเอง | | | | |
| 2.ท่านไม่สามารถทอนเงินหรือแลกเงินได้ด้วยตนเอง | | | | |
| 3.ท่านไม่เข้าใจวิธีการใช้บริการสาธารณะ ขนส่งทั่วไปได้ด้วยตนเอง | | | | |
| 4.ท่านไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่างได้ด้วยตนเอง อาทิเช่น การทานข้าว อาบน้ำ ทานยา เป็นต้น | | | | |
| การรับรู้ว่าไม่สามารถดูแลสุขภาพ | จริงมากที่สุด (4) | จริงพอสมควร (3) | จริงเล็กน้อย (2) | ไม่เป็นความจริง (1) |
| 1.ท่านไม่สามารถรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของร่างกายตนเอง | | | | |

| | | | | |
|--|-------------------|-----------------|------------------|---------------------|
| 2.ท่านไม่เข้าใจวิธีการดูแลร่างกายตนเองได้ | | | | |
| 3.ท่านไม่ตระหนักถึงเรื่องสุขภาพของตนเอง | | | | |
| 4.ท่านไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ | | | | |
| การรับรู้ว่าคุณค่าการช่วยเหลือจากครอบครัว | จริงมากที่สุด (4) | จริงพอสมควร (3) | จริงเล็กน้อย (2) | ไม่เป็นความจริง (1) |
| 1.ท่านไม่สามารถรับรู้ได้ถึงการช่วยเหลือจากคนในครอบครัว | | | | |
| 2.ท่านไม่สามารถรับรู้และเข้าใจได้ว่าคนในครอบครัวให้การดูแล เอาใจใส่จากคนในครอบครัว | | | | |
| 3.ท่านไม่ได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ต่อการแก้ปัญหาให้แก่ท่านเสมอ | | | | |
| 4.ครอบครัวของท่านไม่รับฟังปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ ของท่าน | | | | |

ส่วนที่ 4 ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณา และตอบแบบสัมภาษณ์ที่ตรงกับกรกระทำหรือความคิดเห็นของท่านที่มีต่อตัวท่านเอง และทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่านตามความเป็นจริง โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก ดังนี้

- | | | |
|---|---------|--|
| 4 | หมายถึง | ท่านได้รับการปฏิบัติจากบุคคลในสังคมเป็นประจำ |
| 3 | หมายถึง | ท่านได้รับการปฏิบัติจากบุคคลในสังคมบ่อยครั้ง |
| 2 | หมายถึง | ท่านได้รับการปฏิบัติจากบุคคลในสังคมบางครั้ง |
| 1 | หมายถึง | ท่านได้รับการปฏิบัติจากบุคคลในสังคมนาน ๆ ครั้ง |
| 0 | หมายถึง | ไม่เคยได้รับการสนับสนุนเลย |

| การไม่ได้รับการสนับสนุน ข้อมูลข่าวสาร | ประจำ (4) | บ่อยครั้ง (3) | บางครั้ง (2) | นาน ๆ ครั้ง (1) | ไม่เคย (0) |
|---|--------------|------------------|-----------------|-----------------------|---------------|
| 1. ท่านไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ดูแลตนเอง | | | | | |
| 2. ท่านไม่ได้รับข้อมูล ข่าวสารจาก โรงพยาบาล หรือหน่วยงานเกี่ยวกับ สุขภาพต่าง ๆ | | | | | |
| 3. ท่านไม่ได้ทราบข้อมูลสุขภาพหรือ ข่าวสารต่าง ๆ จากสื่อโทรทัศน์ และสื่อ ออนไลน์ | | | | | |
| 4. ท่านไม่ได้แยกแยะข้อมูลข่าวสารที่เป็น เท็จและจริงเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ | | | | | |
| 5. โรงพยาบาล หรือหน่วยงานเกี่ยวกับ สุขภาพต่าง ๆ ไม่ได้มีข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับสุขภาพแจ้งให้ท่านทราบ | | | | | |

| | | | | | |
|---|--------------|------------------|-----------------|--------------------|---------------|
| 6.ไม่ได้รับการสนับสนุนข่าวสารสุขภาพจากชุมชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ | | | | | |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ | ประจำ (4) | บ่อยครั้ง (3) | บางครั้ง (2) | นาน ๆ ครั้ง (1) | ไม่เคย (0) |
| 1.ท่านไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับสุขภาพ | | | | | |
| 2.ท่านไม่ได้รับการรักษาสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมจากแพทย์ | | | | | |
| 3.แพทย์หรือพยาบาลไม่สามารถให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพแก่ท่าน | | | | | |
| 4.ท่านไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคต่าง ๆ จากแพทย์หรือพยาบาล | | | | | |
| 5.ท่านไม่ได้รับการบริการที่ดีจากสถานบริการทางการแพทย์ | | | | | |
| 6.โรงพยาบาลไม่ได้เป็นแหล่งศูนย์ช่วยเหลือต่อท่านในการรักษา | | | | | |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา | ประจำ (4) | บ่อยครั้ง (3) | บางครั้ง (2) | นาน ๆ ครั้ง (1) | ไม่เคย (0) |
| 1.ท่านไม่ได้รับกระบวนการเรียนรู้ด้านวิชาการจากหน่วยงานต่าง ๆ หรือชมรมผู้สูงอายุ | | | | | |

| | | | | | |
|--|--------------|------------------|-----------------|--------------------|---------------|
| 2.ท่านไม่ได้รับกระบวนกรเรียนรู้เกี่ยวกับภาษาและวัฒนธรรมจากหน่วยงานต่าง ๆ | | | | | |
| 3.ท่านไม่ได้รับการเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพตนเองจากหน่วยงานต่าง ๆ | | | | | |
| 4.ท่านไม่มีโอกาสในการเข้าฟังอบรมเรื่องสุขภาพ | | | | | |
| 5.ท่านไม่มีโอกาสได้ร่วมทัศนศึกษาในสถานที่ต่าง ๆ | | | | | |
| 6.ท่านไม่ได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ | | | | | |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน | ประจำ (4) | บ่อยครั้ง (3) | บางครั้ง (2) | นาน ๆ ครั้ง (1) | ไม่เคย (0) |
| 1.ท่านไม่ได้รับการฝึกฝนพัฒนาอาชีพ | | | | | |
| 2.ท่านไม่ได้รับการอบรมในการทำอาชีพต่าง ๆ | | | | | |
| 3.ท่านไม่ได้นำความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรมอาชีพไปปฏิบัติเพื่อสร้างรายได้ | | | | | |
| 4.ท่านไม่ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพกับผู้อื่น | | | | | |
| 5.ท่านไม่ได้รับการส่งเสริมทางอาชีพจากคนรอบข้างและหน่วยงานอื่น ๆ | | | | | |

ส่วนที่ 5 แบบประเมินโรคซึมเศร้า Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

ให้ท่านอ่านหัวข้อข้างล่าง แล้วสำรวจตนเองในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีอาการดังต่อไปนี้บ่อยเพียงใด (ทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่านตามความเป็นจริง)

| | ไม่เลย (0) | มีบางวัน (1) | มีค่อนข้างบ่อย (2) | มีเกือบทุกวัน (3) |
|---|---------------|-----------------|--------------------|-------------------|
| 1.เบื่อ ทำอะไร ๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน | | | | |
| 2.ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้ | | | | |
| 3.หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป | | | | |
| 4.เหนื่อยง่ายไม่ค่อยมีแรง | | | | |
| 5.เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป | | | | |
| 6.รู้สึกไม่ดีต่อตนเอง - คิดว่าตนเองล้มเหลว หรือ เป็นคนที่ทำให้ครอบครัวผิดหวัง | | | | |
| 7.สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ | | | | |
| 8.พูดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือ กระสับกระส่ายสนทนากับผู้อื่นไม่นิ่งเหมือนเคย | | | | |
| 9.คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าเสียชีวิตก็คงจะดี | | | | |

ภาคผนวก ค
เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

๑๑ ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

bcninst@pi.ac.th โทร. ๐ ๗๕๔๔ ๖๓๙๐, ๐ ๗๕๔๔ ๖๓๙๑ ต่อ ๘๑๔ โทรสาร ๐ ๗๕๔๔ ๖๐๕๙

เรื่อง แจ้งผลการผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ระดับวิทยาลัย

เรียน นางสาวฐิติรัตน์ ช่างทอง

ตามที่ นางสาวฐิติรัตน์ ช่างทอง ได้จัดทำโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ สภามหาวิทยาลัย จังหวัดนครศรีธรรมราช โครงการวิจัยที่ Ex-๐๑/๒๕๖๔ เพื่อให้กรรมการผู้ทบทวนหลักพิจารณาจริยธรรมการวิจัยความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลัก ได้เห็นสมควรให้ผ่านจริยธรรมการวิจัย โดยได้รับการรับรองผู้วิจัย จำนวน ๑ คน ตามโครงร่างวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการดำเนินการวิจัย รับรองวันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๔ - ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นางรัชนีวนภิศ รัชตะวรรม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

หมายเหตุ

๑. นักวิจัยจะเริ่มดำเนินการวิจัยได้เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
๒. หัวหน้าโครงการวิจัยต้องรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินการวิจัยทุก ๓ เดือน นับจากวันที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
๓. หัวหน้าโครงการวิจัยต้องรายงานส่วนแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัยที่ไม่เป็นไปตามการรับรองทันทีที่เกิดเหตุการณ์
๔. รายงานการไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดทันทีที่เกิดเหตุการณ์
๕. หัวหน้าโครงการวิจัยต้องรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรงและการแก้ไขทันทีที่เกิดเหตุการณ์
๖. หัวหน้าโครงการวิจัยต้องรายงานการยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนดทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์
๗. หัวหน้าโครงการต้องรายงานสรุปผลการวิจัยเมื่อโครงการสิ้นสุด
๘. หัวหน้าโครงการต้องยื่นขอรับรองใหม่หากงานวิจัยไม่สำเร็จตามเวลาก่อนวันสิ้นสุดการรับรองอย่างน้อย

๓๐ วัน

ภาคผนวก ง
บทความประชุมวิชาการ



การประชุมวิชาการระดับชาติทางศิลปศาสตร์ประยุกต์ ครั้งที่ 10
(The 10th National Conference on Applied Liberal Arts: NCAA2021)

ปัจจัยจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช
PSYCHOSOCIAL AFFECTING THE DEPRESSION AMONG THE ELDERLY
IN NAKHON SI THAMMARAT PROVINCE

จิตติรัตน์ ช่างทอง¹ เกษตรชัย และหิม²

THITIRAT CHANGTHONG¹, KASETCHAI LAEHEEM²

¹สาขาพัฒนามนุษย์และสังคม คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลา

² Human and Social Development, Faculty of Liberal Arts, Prince of Songkla University, Songkla
deksinarab0406@gmail.com and lkasetchai@yahoo.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยจิตสังคมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 240 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยจิตสังคม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมอาร์เพื่อหาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้น ผลของการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุจังหวัดนครศรีธรรมราช มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.40 และมีคุณลักษณะของปัจจัยจิตสังคมด้านความไม่พึงพอใจในชีวิต การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง และความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.38 2.10 และ 2.08 และมีทัศนคติเชิงลบต่อความตายอยู่ในระดับน้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 1.71 โดยการไม่เห็นคุณค่าในตนเอง และความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยจิตสังคม การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ

ABSTRACT

This study aimed to study psychosocial factors affecting depression in the elderly of Nakhon Si Thammarat province. Data were collected from a sample of 240 people. Data were collected using a questionnaire. Which includes general information, psychosocial factors and the depression assessment (9Q) and analyzed the data with the R program to find the mean Standard deviation Pearson correlation coefficient and the linear multiple regression coefficient the results of the research were as follows, Elderly people, Nakhon Si Thammarat Province have moderate depression the mean value was 1.40 and the characteristics of psychosocial factors found that life dissatisfaction. Lack of self-esteem and spiritual inconvenience Low level the mean was 2.38, 2.10 and 2.08, and had the least negative attitude towards death. with an average of 1. 71 by not showing self-esteem and spiritual inconsistency had a statistically significant effect on the depression of the elderly in Nakhon Si Thammarat Province at the .01 level.

Keywords: Depression, psychosocial factors, lack of self-esteem, lack of spiritual well-being



1. ความเป็นมาของปัญหา

ภาวะซึมเศร้ามักเป็นปัญหาในผู้สูงอายุที่หลายคนมองข้าม เพราะไม่มีโรคที่แสดงออกทางร่างกายอย่างชัดเจน หากปล่อยไว้นานก็อาจนำไปสู่ โรคซึมเศร้าได้ และอาจส่งผลกระทบต่อความสุขในการดำรงชีวิตอยู่ได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องสังเกตอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผ่านวิธีการสังเกตได้ 8 วิธี คือ กินอาหารน้อย, เบื่อหน่าย, ไม่อยากไปไหน, รู้สึกไร้ค่า, นอนไม่หลับ, หงุดหงิด ฉุนเฉียว, บ่นไม่สบายทั้งที่ปกติ และพูดคุยน้อย (คู่มือการดูแลผู้สูงวัย สตรีคลายซึมเศร้า) ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 30 ที่จะพบเจอในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ถือเป็นเรื่องที่ไม่ควรมองข้ามเป็นอย่างมากโดยหาอย่างบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด (โรงพยาบาลเปาโลโชคชัย 4, 2561) นพ.เจษฎา โชคดำรงสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวว่า องค์การอนามัยโลก ได้มีการคาดการณ์ว่าในปี 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะสูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจหลอดเลือด ซึ่งวัดจากปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรคและการบาดเจ็บของประชากร (Disability-Adjusted Life Years-DALYs) จากปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย จึงได้พยายามแก้ปัญหาดังกล่าว โดยกรมสุขภาพจิตได้มี การให้ความรู้แก่ประชาชนรวมถึงการเพิ่มการบริการต่าง ๆ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 50 โดยเร่งให้ความรู้ ประชาชน ครอบครัว เพื่อให้สามารถสังเกตอาการและเฝ้าระวังอาการทั้งตนเองและผู้ใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุ วัยรุ่น ผู้มีโรคประจำตัว เพื่อส่งเข้ารับคำปรึกษาที่เจ้าหน้าที่ นักจิตวิทยา หรือจิตแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้ บ้าน (ไทยพีบีเอส, 2560) น.ต.นพ.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต ได้เปิดเผยว่า มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ประมาณ 4,000 คนต่อปี อันดับหนึ่งคือวัยทำงาน รองลงมาคือวัยผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุมาจากสาเหตุ 3 ประการคือ 1) ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด 2) โรคเรื้อรังทางกาย และ 3) โรคซึมเศร้า ตามลำดับ สำหรับการป้องกันแก้ไขปัญห การฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต ได้ใช้มาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายควบคู่กับการเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยเชื่อมโยง ข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตายในระบบฐานข้อมูลสาธารณสุข (HDC) เพื่อรองรับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ใน 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุกลุ่มป่วยคือ ผู้สูงอายุสมอ้อมเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ และผู้สูงอายุที่เป็นโรค ซึมเศร้า 2) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคเรื้อรัง, ติดบ้าน, ติดเตียงและ 3) ผู้สูงอายุกลุ่ม ในชมรม ผู้สูงอายุ (กรมสุขภาพจิต, 2561)

ปรากฏการณ์ของประชากรผู้สูงอายุ ถือเป็นประเด็นสำคัญที่ภาครัฐบาลไทยได้พยายามวางแนวทางเพื่อรับมือ เกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในสังคมไทย โดยการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) การที่ โครงสร้างประชากรได้เคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population Ageing) ขณะเดียวกัน สถานการณ์ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) อาจกลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ” (Aged Society) ได้มีการคาดการณ์ไว้ในปี 2564 ดังที่ เลิศวัลลภ ศรีชะพลูสิทธิ และ ธมนพัชร ศรีชะพลูสิทธิ (2560) เนื่องจากมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20 ขึ้นไป ส่งผลให้ประเทศไทยเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดไปอีก 20 ปีข้างหน้า ซึ่งเป็นผลจากเศรษฐกิจและเทคโนโลยีในปัจจุบันที่สามารถลดการเสียชีวิตและการเกิดของประชากรได้ดีขึ้น เช่นเดียวกับ พวงชมพู โจนส์ (2561) กล่าวถึงโครงสร้างประชากรไทยมีอัตราการเกิด น้อยลง ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากแนวโน้มสถานการณ์ผู้สูงอายุทำให้เกิดโอกาสของธุรกิจสินค้าและบริการ เทคโนโลยีใหม่ ๆ มีขึ้นเพื่อบริการให้แก่ผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจมีผลต่อสภาพทางสังคม สภาวะเศรษฐกิจและการจ้างงาน ตลอดจนการ จัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมในระยะยาว ผ่านยุทธศาสตร์ต่าง ๆ เช่น ยุทธศาสตร์การส่งเสริมและพัฒนา ผู้สูงอายุ, ยุทธศาสตร์ระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ หรือยุทธศาสตร์การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนา งานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ เป็นต้น ให้นำหน่วยงานรับผิดชอบ เพื่อ พัฒนาให้ผู้สูงอายุไทยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2561)

ด้านสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทยจาก 77 จังหวัด เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2562 พบว่า ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในภาคใต้ จาก 14 จังหวัดภาคใต้ พบว่าจังหวัดนครศรีธรรมราช คือจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุเยอะที่สุดใน ภาคใต้ โดยเป็นจำนวนเพศชาย 114,957 คน และเพศหญิง 150,778 คน รวมทั้งสิ้น 265,735 คน และมีจากรายงาน การเข้าถึงการบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุยอดสะสมตั้งแต่ปี 2552 ถึง 30 กันยายน 2561 รายงานโดย โรงพยาบาลพระคริสตมหาดุสิต กรมสุขภาพจิต แต่ละจังหวัดในประเทศไทย โดยนับจากประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในส่วนของภาคใต้ พบว่า จังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 240,522 คน มีจำนวนผู้ป่วยคาด



การประชุมวิชาการระดับชาติทางศิลปศาสตร์ประยุกต์ ครั้งที่ 10
(The 10th National Conference on Applied Liberal Arts: NCAA2021)

ประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ 9,140 คน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในจังหวัด 6,976 คน สามารถเข้าถึงการบริการการวินิจฉัยและรักษาในจังหวัด 76.33 โดยมีจำนวนผู้ป่วยสะสมที่มีทะเบียนบ้านในจังหวัด จำนวน 7,390 คน อัตราเข้าถึงการบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีทะเบียนบ้านในจังหวัดเท่ากับ 80.85 (ศูนย์วิจัย และสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต, 2561) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สามารถเกิดขึ้นจากปัจจัยจิตสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันด้านการไม่เห็นคุณค่าในตนเอง และความไม่ มีความสุขทางจิตวิญญาณ ความไม่พึงพอใจในชีวิต และทัศนคติเชิงลบต่อความตาย

ปัจจัยจิตสังคมมีส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของสภาวะทางจิตใจที่มีกระทบต่อ ผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ซึ่งปัจจัยจิตสังคมเกิดจากทฤษฎีจิตสังคม (Psychosocial Theory) ผู้เริ่มในทฤษฎีนี้คือ อิริค เอช อิริสัน (Erik H. Erikson) ได้อธิบายถึงการพัฒนาทางจิตใจด้วยการยอมรับการพัฒนาทางจิตตามทฤษฎีจิต วิเคราะห์ โดยเน้นความสำคัญปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในการพัฒนาทางจิตใจ ซึ่งเชื่อว่า บุคลิกภาพคือผลของความสำเร็จหรือล้มเหลวในการแก้ไขความขัดแย้งที่เกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ของแต่ละบุคคล โดยแบ่งออกเป็น 8 ขั้นตอน ต่อไปนี้ 1) ความไว้วางใจหรือไม่ไว้วางใจ (Trust vs Mistrust) 2) ความเป็นตัวของตัวเองหรือความรู้สึกอายสงสัยไม่แน่ใจ (Autonomy vs Shame or doubt) 3) ความคิดริเริ่ม หรือความรู้สึกผิด (Initiative vs Guilt) 4) ความขยันหมั่นเพียรหรือความรู้สึกมีปมด้อย (Industry vs Inferiority) 5) การรู้เอกลักษณ์ของตนเองหรือความสับสนในบทบาท (Identity vs Role Confusion) 6) ความผูกพันใกล้ชิดหรือ การแยกตัว (Intimacy vs Isolation) 7) การคิดถึงส่วนร่วมและการคำนึงถึงตนเอง (Intimacy vs Isolation) และ โดยเฉพาะอย่างยิ่งขั้นตอนที่ 8) ความรู้สึกมั่นคงสมบูรณ์หรือความสิ้นหวัง (Integrity vs Despair) จะเกิดขึ้นในช่วง อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นช่วงเวลาที่บุคคลสามารถแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ในการพัฒนาทุกระยะที่ผ่านมาได้อย่างสมบูรณ์ โดยจะเข้าใจความหมาย คุณค่าในตนเอง รู้สึกพึงพอใจและยอมรับกับความรู้สึกลงในทศวรรษของชีวิต สามารถที่จะปล่อย วางเรื่องราวต่าง ๆ ได้ จนถึงขั้นสามารถที่พร้อมเผชิญสิ่งต่าง ๆ ที่ต่างเข้ามาคุกคามหรือความตายได้อย่างมั่นคง แต่ หากพัฒนาในส่วนนี้ไม่ได้ไปเป็นอย่างที่เหมาะสมหรือล้มเหลว ก็อาจทำให้บุคคลนั้นกลายเป็นคนที่รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกไม่ มีคุณค่า ไม่มีโอกาสที่แก้ไขและอาจทำให้ไม่ยอมყოอยู่ต่อไปอย่างไร้คุณค่าและศักดิ์ศรี จากทฤษฎีของอิริสัน ได้อธิบาย ให้เห็นถึงวัยผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความมั่นคง ความสมบูรณ์กับความสิ้นหวัง แสดงให้เห็นได้ชัดถึงผลของจิตทางจากผล ของการได้รับการพัฒนาอย่างถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้การแก้ไขปัญหาในช่วงต่าง ๆ ผ่านไปได้ด้วยดี ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง ของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ความมีความสุขทางจิตวิญญาณ ความพึงพอใจในชีวิต ทัศนคติต่อความตาย แต่หาก ไม่ได้รับการพัฒนาหรือพัฒนานั้นเกิดการล้มเหลวขึ้น ก็อาจส่งผลให้บุคคลนั้นกลายเป็นคนที่บุคลิกภาพที่อ่อนแอ ประสบความล้มเหลวในการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้เกิดความขัดแย้ง มีผลอย่างมากที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้าน จิตใจในแต่ละช่วงของชีวิตคน

การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ในผลการวิจัยของ มาธูรี อูไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง (2560) พบว่า การเห็นคุณค่า ในตนเองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัจจัยภายในตนเอง คือ ความแข็งแรงของร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง และปัจจัยภายนอก คือ การมีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนผู้สูงอายุ สัมพันธ์ภาพกับญาติ และผู้สูงอายุที่มีบุตร หลานมาเยี่ยมเยียนบ่อยจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีและเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานมาเยี่ยมเยียน และในส่วนของความไม่มีความสุขทางจิตวิญญาณ จากผลการวิจัยของ วิลาวรรณ คริสต์รักษา และทิพย์ภา เศษฐ์เขาวลิต (2561) ได้อธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้า การปรับตัวไม่ได้ มีอาการทางจิต เบื่อหน่าย อารมณ์รุนแรง พึ่งพาบุคคลอื่น คุณค่าในตนเองลดน้อยลง ล้วนเป็นอาการความเจ็บป่วยทางด้านจิตวิญญาณ ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและ ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้เกิดการปรับตัวอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณช่วยตอบสนองต่อ ปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณได้อย่างแท้จริง ด้านความไม่พึงพอใจในชีวิต ผลวิจัยใน งานของ วงศ์ศิริ แจ่มฟ้า, ศิริรัตน์ จำปีเรือง และพิมพ์วรรณ เรื่องพุทธ (2562) พบว่า ด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ มีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน ทำให้มีระดับคุณภาพชีวิต โดยรวมเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน เนื่องจาก การรับรู้ด้านร่างกายของ บุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิต การมีสุขภาพดีร่างกายดี ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ อาจเกิดโรคร้ายกว่าผู้อื่น เนื่องจากเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ หากผู้สูงอายุยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย มีการ ปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ประเมินสุขภาพของตนเองได้ นับเป็นการป้องกันความพึงพอใจในชีวิตของ



การประชุมวิชาการระดับชาติทางศิลปศาสตร์ประยุกต์ ครั้งที่ 10
(The 10th National Conference on Applied Liberal Arts: NCAA2021)

ผู้สูงอายุ และด้านทัศนคติเชิงลบต่อความตาย จากการศึกษาประสบการณ์ภาวะซึมเศร้าและความเศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุไทยของ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, สุวิมล จอดพิมาย, พรรณภา แสงส่อง (2561) พบว่า ความหมายของการสูญเสีย คือ การสูญเสีย เป็นการที่ถูกพลัดพราก หรือสูญเสียสิ่งสำคัญและมีค่าไป การสูญเสียจะเป็นอะไรก็ตามก็ไม่เท่ากับการเสียบุคคลที่รัก เช่น สามี ภรรยา และบุตร รวมถึงสิ่งของมีค่า การสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกแค้นมาก ๆ เหมือนเป็นเวรกรรม ส่งผลให้เกิดอาการเศร้าโศก และภาวะซึมเศร้าที่ต่อเนื่องและยาวนาน รวมถึงความล้มเหลวในหน้าที่การงาน หรือทรัพย์สินมีค่า โดยเฉพาะทรัพย์สินที่พยายามสร้างมาเป็นเวลานาน ก็อาจส่งผลให้รู้สึกบั่นทอนจิตใจ เกิดความเครียดมาก เศร้ามากจน จนไม่อยากทำอะไร คิดอยากตายเช่นกัน จะเห็นได้ว่าการสูญเสียทรัพย์สินมีค่า หรือของรักที่มีความหมายและมีความสำคัญต่อบุคคล ก็ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความเศร้าโศกเสียใจ เจ็บใจ โทษตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าและอาจคิดอยากตายได้

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อาจอยู่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จนกระทั่งผู้สูงอายุที่มีอาการภาวะซึมเศร้า เพื่อนำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อวิธีการพัฒนาสุขภาพจิตใจและช่วยเหลือด้านภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยจิตสังคมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

3. วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้ (1) เป็นผู้สูงอายุที่มีตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ ขึ้นไป (2) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ (3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เป็นการวิเคราะห์ตามแนวคิดของแฮร์ (Hair, 2010) ต้องมีขนาดอย่างน้อย 20 เท่าของตัวแปรสังเกตได้ (Observed variables) ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้มีตัวแปรทั้งหมด 12 ตัวแปร ดังนั้นจึงคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 240 คน

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ได้ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบสลากแบบไม่ใส่คืน โดยสุ่มหยิบเลือกกลุ่มตัวอย่างอำเภอจาก 23 อำเภอของ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ออกมาเป็น 6 อำเภอได้แก่ 1.อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช 2.อำเภอกำแพงแสน 3.อำเภอเมืองนครปฐม 4.อำเภอเมืองราชบุรี 5.อำเภอเมืองกาญจนบุรี และ 6.อำเภอเมืองสุพรรณบุรี และได้ใช้วิธีการสุ่มเป็นกลุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากเพื่อให้ได้ตำบลในอำเภอนั้น ๆ เพื่อหาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลหรือหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอ เพื่อใช้เป็นตัวแทนในการสุ่มตัวอย่างจากแต่ละกลุ่ม โดยกำหนดแต่ละอำเภอ กลุ่มละ 40 คน

เครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านจิตสังคม โดยมีคำถามทั้งหมด 32 ข้อ และส่วนที่ 3 ภาวะซึมเศร้า เป็นแบบประเมินที่พัฒนาจากแบบสอบถามผู้ป่วย Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ของ ศ.นพ.มาโนช หล่อตระกูล และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งเป็นแบบประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในขั้นต้น ประกอบไปด้วยคำถาม 9 ข้อ โดยมาจากข้อต่าง ๆ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้าใน DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth edition) โดยเกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ (มาโนช หล่อตระกูล และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2563) การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมอาร์เพื่อหาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้น



การประชุมวิชาการระดับชาติทางศิลปศาสตร์ประยุกต์ ครั้งที่ 10
(The 10th National Conference on Applied Liberal Arts: NCAA2021)

4. ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุเฉลี่ย 72.68 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.25 มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 59.58 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 83.75 ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 63.33 และอาศัยอยู่กับครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 90.00 มีสถานภาพทางเศรษฐกิจพอใช้และมีเก็บออม คิดเป็นร้อยละ 68.75 และมีรายได้ต่อเดือนอยู่ที่ 1,000-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 49.58

2. ข้อมูลของปัจจัยจิตสังคม

ตารางที่ 1 ข้อมูลของปัจจัยจิตสังคม

| ปัจจัยจิตสังคม | Mean | S.D. | ระดับ |
|--|------|------|------------|
| การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง (X_1) | 2.10 | 1.01 | น้อย |
| ความไม่มีความสุขทางจิตวิญญาณ (X_2) | 2.08 | 0.65 | น้อย |
| ความไม่พึงพอใจในชีวิต (X_3) | 2.38 | 0.69 | น้อย |
| ทัศนคติเชิงลบต่อความตาย (X_4) | 1.71 | 0.62 | น้อยที่สุด |

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชคุณลักษณะปัจจัยจิตสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความไม่พึงพอใจในชีวิต การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ความไม่มีความสุขทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.38 2.10 และ 2.08 อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีทัศนคติเชิงลบต่อความตายอยู่ในระดับน้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 1.71

3. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

| ภาวะซึมเศร้า | Mean | S.D. | ระดับซึมเศร้า |
|--|------|------|---------------|
| 1. เบื่อ ทำอะไร ๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน | 1.87 | 0.99 | มาก |
| 2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้ | 1.38 | 0.98 | ปานกลาง |
| 3. หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากเกินไป | 2.23 | 0.92 | มาก |
| 4. เหนื่อยง่ายไม่ค่อยมีแรง | 2.04 | 0.99 | มาก |
| 5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป | 1.70 | 1.06 | ปานกลาง |
| 6. รู้สึกไม่ดีต่อตนเอง - คิดว่าตนเองล้มเหลว หรือเป็นคนที่ทำให้ครอบครัวผิดหวัง | 0.69 | 0.92 | น้อย |
| 7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ | 1.73 | 0.97 | ปานกลาง |
| 8. พุดหรือทำอะไรซ้ำๆจนคนอื่นมองเห็น หรือ กระสับกระส่ายจนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย | 0.68 | 0.90 | น้อย |



การประชุมวิชาการระดับชาติทางศิลปศาสตร์ประยุกต์ ครั้งที่ 10
(The 10th National Conference on Applied Liberal Arts: NCAA2021)

| | | | |
|--|------|------|------------|
| 9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าเสียชีวิตก็คงดี | 0.25 | 0.57 | น้อยที่สุด |
| รวมโดยเฉลี่ย | 1.40 | 0.36 | ปานกลาง |

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.40 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ผลปรากฏว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า “ข้อ 3 หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป” สูงที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 2.23 และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า “ข้อ 9 คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าเสียชีวิตก็คงจะดี” ต่ำที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับน้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.25

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้า

| ปัจจัยจิตสังคม | r | P value | ระดับ |
|--|------|---------|-------|
| การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง (X ₁) | 0.35 | 0.000 | ต่ำ |
| ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ (X ₂) | 0.20 | 0.002 | ต่ำ |
| ความไม่พึงพอใจในชีวิต (X ₃) | 0.30 | 0.000 | ต่ำ |
| ทัศนคติเชิงลบต่อความตาย (X ₄) | 0.18 | 0.006 | ต่ำ |

จากตารางที่ 3 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปรากฏผลว่า การไม่เห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ความไม่พึงพอใจในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ และทัศนคติเชิงลบต่อความตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

5. ปัจจัยจิตสังคมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตารางที่ 4 รูปแบบสุดท้ายของปัจจัยจิตสังคมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

| ปัจจัย | Estimate | Std. Error | t-value | p-value |
|------------------------------|----------|------------|----------|---------|
| ค่าคงที่ | 0.108 | 0.022 | 4.921*** | 0.000 |
| การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง(X1) | 0.101 | 0.034 | 2.962*** | 0.003 |
| ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ(X2) | 0.080 | 0.040 | 2.018** | 0.045 |

Residual standard error = 0.325

Degree of freedom = 234

Multiple R² = 0.210

Adjusted R² = 0.193

F-statistic = 12.460***

p-value = 0.000



จากตารางที่ 4 ปัจจัยจิตสังคมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีทั้งหมด 2 ตัวแปร คือ การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง และความไม่มีความสุขทางจิตวิญญาณ โดยการไม่เห็นคุณค่าในตนเองส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .001 และความไม่มีความสุขทางจิตวิญญาณส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .01

5. การอภิปรายและสรุปผล

1. ผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดคือ “ข้อ 3 หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากเกินไป” อยู่ในระดับมาก ในขณะที่ “ข้อที่ 9 คิดทำร้ายตัวเอง หรือคิดว่าถ้าเสียชีวิตก็คงจะดี” ต่ำที่สุด อยู่ระดับน้อยที่สุด แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่ยังสามารถให้การช่วยเหลือจากผู้ที่เราไว้วางใจได้ และรวมถึงการแสดงให้เห็นถึงการพักผ่อนที่อาจไม่เพียงพอ หรือการไม่ได้มีเวลาออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ ดังนั้น ข้อเสนอแนะในการดูแลจากผลการทดสอบภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ของ ศ.นพ.มาโนช หล่อตระกูล และคณะ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (2564) ได้อธิบายว่า หากมีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง ข้อเสนอแนะในการดูแล คือ ควรมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ มีการทำกิจกรรมผ่อนคลาย พบปะกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน ไม่จมอยู่กับปัญหา แต่หากอาการที่เป็นกระทบต่อการทำงานหรือการเข้าสังคม และยังคงมีอาการระดับนี้นาน 1-2 สัปดาห์แล้วยังไม่ดีขึ้น สิ่งที่เป็นปฏิบัติคือการเข้าพบแพทย์เพื่อรับการช่วยเหลือและให้การรักษาต่อไป เพื่อทำการรักษาไม่ให้อาการระดับนี้เพิ่มขึ้นไปสู่ระดับที่รุนแรงได้

2. การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง (X1) ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช เนื่องจากผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองมีค่าน้อยกว่าคนอื่น ไร้คุณค่าในตนเองเป็นไรประโยชน์อีกทั้งยังเป็นภาระแก่บุคคลอื่น รวมถึงยังมีความรู้สึกว่ามีใครมองเห็นหรือให้ความสำคัญในตัวเอง สูญเสียบทบาททางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกการไม่เห็นคุณค่าตนเองของผู้สูงอายุสอดคล้องกับงานของ ธนัญพร พรมจันทร์ และ ศิริลักษณ์ คุภะปิตร (2557) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีความว่าสูงก็จะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าระดับสูง ก่อให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ทำให้มีความรู้สึกตำหนิตนเองเกิดขึ้น รวมถึงการรู้สึกที่ตนเองเป็นภาระให้กับผู้อื่น และมักจะเปรียบเทียบกับตนเองกับผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยค่าส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

3. ความไม่มีความสุขทางจิตวิญญาณส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เพราะ ผู้สูงอายุยังคงมีเรื่องให้ทุกข์ใจอยู่บ่อยครั้ง และยังคงโหยหาความต้องการที่จะประสบความสำเร็จให้มากกว่าที่เป็นอยู่ ก่อให้เกิดความกระวนกระวายภายในจิตใจ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ความสุขทางจิตวิญญาณนอกจากความศรัทธาในเรื่องของศาสนา ก็สามารถเกิดขึ้นจากการกระทำของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในชีวิตเป็นหลัก ซึ่งสอดคล้องกับการอธิบายในงานของ อภิรัตน์ โชนิรัตน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, คะเนิงนิง พงศ์ถาวรกมล และศรียาน ดิรพัฒน์ (2563) พบว่าหากผู้สูงอายุมีความสุขทางจิตวิญญาณ ก็จะช่วยให้อายุมีการพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น เพื่อการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีความสุข นอกจากนี้ นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ (2559) และตฤฎิลา จำปาวัลย์ (2560) เห็นพ้องต้องกันว่า หากภาวะทางจิตใจมีความผิดปกติทางอารมณ์ ความรู้สึก ทำให้การมองโลกในแง่ลบ และส่งผลเสียต่อสุขภาพชีวิตและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1) ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุควรได้รับคำปรึกษา คำแนะนำจากแพทย์ รวมถึงวิธีในการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงควรมีกิจกรรมการออกกำลังกาย พักผ่อนอย่างเพียงพอ และไม่ควรรวมอยู่กับปัญหา รวมถึงปรึกษาแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ เพื่อรับคำแนะนำ วิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้า

2) ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าไม่เห็นคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรมีกิจกรรมแก่ผู้สูงอายุ ควรมีกิจกรรมที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่สังคม ซึ่งจะช่วยสร้างความภาคภูมิใจและเพิ่มความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมากยิ่งขึ้น เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ



3) ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรมีกิจกรรมแก่ผู้สูงอายุ เพื่อช่วยสร้างเสริมสุขภาพจิตใจให้มีความเข้มแข็ง และคลายความทุกข์ใจเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ พร้อมทั้งกิจกรรมที่ใช้ในทางศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจแก่ผู้สูงอายุ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับจากปานกลางถึงรุนแรงมาก เพื่อให้การช่วยเหลือและติดตามประเมินผลต่อไป

2) ควรมีการศึกษาในส่วนของครอบครัว หรือสังคมโดยรอบของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อหน่วยงานหรือองค์กรที่สำคัญต่อผู้สูงอายุได้ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ในการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รวมไปถึงการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการดูแลตัวเอง ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและคนในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ให้มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสมที่สุด

3) ควรมีศึกษาหรือพัฒนารูปแบบของโปรแกรมที่ช่วยในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยเป็นโปรแกรมหรือกระบวนการที่เน้นการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง การสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณ พร้อมทั้งเป็นส่งเสริมการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และการส่งเสริมให้เกิดจากรับรู้ความสามารถในดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะยังสนับสนุนให้เกิดการบริการการศึกษา กิจกรรมต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุต่อไป

4) การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชเท่านั้น หากมีศึกษาเพิ่มเติมในพื้นที่ภูมิภาคอื่น ที่มีบริบทแตกต่างกันออกไป ก็จะสามารถเพิ่มเติมรายละเอียดในส่วนอื่น เพื่อหาแนวทางจัดการกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

6. เอกสารอ้างอิง

- เลิศวัลลภ ศรีชะพลูสิทธิ และ ธมนพัชร ศรีชะพลูสิทธิ. (2560). การปรับตัวเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์*, 20(1), 253-265.
- โรงพยาบาลเปาโลโชคชัย 4. (2561). *โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ... อันตรายที่ใกล้แค่เอื้อม*. ค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2563, จาก <https://www.paolohospital.com/th-TH/chokchai4/Article/Details/อายุรกรรม/โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ...อันตรายที่ใกล้แค่เอื้อม>
- ไทยพีบีเอส. (2560). *สธ.เตือนภัยเงียบ "โรคซึมเศร้า" แนะนำครอบครัวสังเกต 9 อาการ*. ค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2563, จาก <https://news.thaipbs.or.th/content/268828>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2561). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ.2561*. กรมกิจการผู้สูงอายุ: โรงพิมพ์สามเสดา.
- กรมสุขภาพจิต. (2561). *สถิติผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสูงอันดับ 2 อาชีพตำรวจก็ด้วย*. ค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2563, จาก <https://bit.ly/34AAeLG>
- ศกัญญา จำปาวาลย์. (2560). แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 2(2), 1-11.
- ธนัญพร พรมจันทร์ และศิริลักษณ์ ศุภพิดิพร. (2557). ภาวะซึมเศร้า และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 58(5), 545-561.
- ธนัญพร พรมจันทร์. (2556). *ภาวะซึมเศร้า ความว้าวุ่น และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย). ค้นจากฐานข้อมูล The Chulalongkorn University Intellectual Repository.
- นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ. (2559). ภาวะซึมเศร้า. *วารสาร มจร. วิชาการ*, 1(38), 105-118.
- บ้านจอมยุทธ. (ม.ป.ป.). *ทฤษฎีบุคลิกภาพ แบบมนุษยนิยม*. ค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2563, จาก: <https://www.baanjomuyut.com/library/personality/08.html>



การประชุมวิชาการระดับชาติทางศิลปศาสตร์ประยุกต์ ครั้งที่ 10
(The 10th National Conference on Applied Liberal Arts: NCAA2021)

- พงษ์ชมพู โจนส์. (2561). สังคมผู้สูงอายุ: โอกาสและความท้าทายทางธุรกิจ. *วารสารธุรกิจปริทัศน์*, 10(1), 1-6.
- มาตุรี อุไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง. (2560). การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษามูลนิธิสงเคราะห์คนชราอนาถาแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. *รัฐมิแล*, 38(1), 29-44.
- วงศ์สิริ แจ่มฟ้า, ศิริรัตน์ จำปีเรือง และพิมพ์วรรณ เรืองพุทธ. (2562). ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตต์*, 11(2), 259-271.
- วิลาวรรณ คริสต์รักษา และทิพย์ภา เชษฐ์เขาวลิต. (2561). บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ: มิตติวิญญาณ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(2), 6-14.
- ศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (ม.ป.ป). *แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า PHQ-9*. ค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2563, จาก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เว็บไซต์: https://med.mahidol.ac.th/depression_risk
- ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต. (2561). *รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุประจำปี 2561*. ค้นเมื่อ 8 มกราคม 2564, จาก https://www.thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/60up/dep_60up_61.pdf
- อภิรดี โชนิรัตน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, คะนิงนิจ พงศ์ถาวรกุล และศรียามน ตีรพัฒน์. (2563). ปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31(1), 93-108.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, สุวิมล จอดพิมาย, และพรรณภา แสงส่อง. (2561). การศึกษาประสบการณ์ภาวะซึมเศร้าและความเศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(3), 33-47.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, J.B., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate data analysis*. London: Peassun publishing.

ภาคผนวก จ
บทความตีพิมพ์วารสาร

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
จังหวัดนครศรีธรรมราช
FACTORS WITH TO ELDERLY DEPRESSION
NAKHON SI THAMMARAT PROVINCE

ฐิติรัตน์ ช่างทอง¹ และเกษตรชัย และหิมี^{2*}
Thitirat Changthong¹ and Kasetchai Laeheem^{2*}

Received Date: April 23, 2021

Revised Date: May 16, 2021

Accepted Date: May 22, 2021

¹ นักศึกษา หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนามนุษย์และสังคม คณะศิลปศาสตร์

² รองศาสตราจารย์. ดร., สาขาวิชาสังคม วัฒนธรรม และการพัฒนามนุษย์ คณะศิลปศาสตร์

* Corresponding author E-mail: lkasetchai@yahoo.com

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 240 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม เพื่อวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้น ผลของการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุจังหวัดนครศรีธรรมราช มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 5 ตัวแปร คือ การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .001 การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .01 และความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ การรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ และการไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .05 โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุสูงสุดคือ การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษาและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุต่ำที่สุด คือ การรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, ปัจจัยด้านจิตสังคม, ปัจจัยด้านการรับรู้, ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
86 | ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564

Abstract

This study aimed to examine factors affecting the depression among the elderly in Nakhon Si Thammarat Province. The population used in this research is elderly people who receive an elderly living allowance Nakhon Si Thammarat Province, 240 persons. The research tool was a questionnaire and analyzed for means, standard deviation, Pearson correlation coefficients and linear multiple correlation coefficients. The results of the study showed that the elderly in Nakhon Si Thammarat Province suffered from depression at a moderate level. There were five factors that contributed to their depression with statistical significance. Lack of support for educational services affected the depression among the elderly at the .001 level of statistical significance. Lack of self-esteem affected the depression among the elderly at the .01 level of statistical significance. In addition, lack of spiritual well-being perception of inability to take care of health (X6), and lack of information support affected the depression among the elderly at the .05 level of statistical significance. The factor affecting the depression among the elderly the most was lack of support for educational services while that affecting the depression among the elderly the least was perception of inability to take care of health.

Keyword: depression, elderly, psychosocial factors, perception factors, social support factors.

1. บทนำ

การเปลี่ยนของสถานการณ์และสังคมในปัจจุบันมีผลต่อกระทบต่อความรู้สึกหรือจิตใจอย่างมาก ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะทางจิตใจหรือก่อเกิดเป็นโรคทางจิตใจ ที่เรียกกันว่า ภาวะซึมเศร้า โดยจะทำให้บุคคลรู้สึกแยกกับตัวเอง เศร้า หงุดหงิดหรือสิ้นหวัง เหนื่อยล้า ไม่ค่อยมีเรี่ยวแรง ไม่สนใจหรือมีความสุขเวลาทำอะไร นอกจากนี้มีผลต่อทางด้านจิตใจแล้วยังพบว่าภาวะซึมเศร่ายังส่งผลกระทบต่ออาการทางกายและกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันไม่ว่าจะเป็นการส่งผลกระทบต่อการนอนหลับ คือ นอนหลับยากหรือนอนมากเกินไป ความรู้สึกเบื่ออาหารมากกว่าปกติ พุดหรือทำอะไรเชื่องช้าหรือมีอาการกระวนกระวายมาก และหากขั้นรุนแรงก็อาจคิดอยากตายหรืออยากทำร้ายตัวเอง ซึ่งหากมีอาการ 5 ข้อขึ้นไป เป็นระยะเวลาานกว่า 2 สัปดาห์ แสดงว่ากำลังตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า (สถาบันจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2561) โดย นพ.เจษฎา โชคดำรงสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวว่า องค์การอนามัยโลก ได้มีการคาดการณ์ว่าในปี 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะสูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจหลอดเลือด ซึ่งวัดจากปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรคและการบาดเจ็บของประชากร (Disability-Adjusted Life Years-DALYs) อาการภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ชนิดหนึ่ง โดยอาการหลัก คือ รู้สึกเบื่อหน่ายและ

วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
88 | ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564

เศร้า หรือทั้งสองอย่าง จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 33 (กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

รายงานการเข้าถึงการบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุอดสะสมตั้งแต่ปี 2552 ถึง 30 กันยายน 2561 รายงานโดย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต โดยนับจากประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในส่วนของภาคใต้ พบว่า จังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 240,522 คน มีจำนวนผู้ป่วยคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ 9,140 คน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในจังหวัด 6,976 คน สามารถเข้าถึงการบริการการวินิจฉัยและรักษาในจังหวัด 76.33 โดยมีจำนวนผู้ป่วยสะสมที่มีทะเบียนบ้านในจังหวัดจำนวน 7,390 คน อัตราเข้าถึงการบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีทะเบียนบ้านในจังหวัดเท่ากับ ร้อยละ 80.85 (ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต, 2561)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสามารถเกิดขึ้นได้จากปัจจัยจิตสังคม ได้แก่ ด้านการไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ดังงานของ มาธูรี อุไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง (2560) พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัจจัยภายในตนเอง คือ ความแข็งแรงของร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง และปัจจัยภายนอก คือ การมีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ผู้สูงอายุ สัมพันธ์ภาพกับญาติ และการเห็นคุณค่าในตนเองลดน้อยในผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานเยี่ยมเยียน ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ จากผลการวิจัยของอรัญญา นามวงศ์, เอกพันธ์ คำภีระ, คอย ละอองอ่อน และ

วัชรีย์ ไชยจันต์ (2561) พบว่า ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความเข้าใจในชีวิต และได้นำหลักธรรมพระพุทธศาสนามาใช้ในชีวิตจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า ค่อนข้างต่ำหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า เพราะเป็นเสมือนภูมิคุ้มกันทางจิตใจ ด้าน ความพึงพอใจในชีวิต จากผลวิจัยวงศ์สิริ แจ่มฟ้า, ศิริรัตน์ จำปี เรื่อง และพิมพ์วรรณ เรื่องพุทธ (2562) พบว่า หากผู้สูงอายุยอมรับการ เปลี่ยนแปลงทางร่างกาย มีการปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ประเมิน สุขภาพของตนเองได้ นับเป็นการบ่งบอกถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ และทัศนคติต่อความตาย เห็นได้ว่าการสูญเสียทรัพย์สินมีค่า หรือของรักที่มี ความหมายและมีความสำคัญต่อบุคคล ก็ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความเศร้า โศก จนคิดอยากตายได้เช่นกัน เช่นเดียวกันในงาน *Suicidality in the elderly: Role of adult attachment* (2019) ที่สรุปได้ว่า ความสัมพันธ์กับ การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ โดยตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความผูกพันและการฆ่า ตัวตายโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลทำให้ระดับความ เสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยการรับรู้ ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากงานของวนิดา อินทราชา และคณะ (2556) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเมื่อ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตัวเองลดลง จึงส่งผล ต่อจิตใจของผู้สูงอายุ การรับรู้การดูแลสุขภาพของตนเอง จากงานของ รักษาพล สนธิยา (2555) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพไม่ดีมี โอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีปานกลางและภาวะสุขภาพจิตดีต่ำ นอกจากนี้ การรับรู้การช่วยเหลือจากครอบครัว ในงานของปวีณา นพโสทร (2556) ได้อธิบายถึงกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบ

วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
90 | ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564

ครอบครัวให้มีส่วนร่วมช่วยกระตุ้นผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในภาวะเจ็บป่วยของตนเองและวิธีการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะซึมเศร้า ในขณะที่เดียวกันสมาชิกครอบครัวเองก็มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุและครอบครัวมีความเข้าใจเห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น ลดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังซึ่งเป็นบ่อเกิดของภาวะซึมเศร้า

การสนับสนุนทางสังคม ด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารงานของบุญवास สมวงศ์ และปริญญา หรุ่นโพธิ์ (2560) พบว่าโดยที่ผู้สูงอายุได้รับถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อมวลชน ครอบครัว เพื่อน หน่วยงานสาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นข้อมูลข่าวสารทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขจากสื่อต่าง ๆ สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมและวิถีชีวิตความเป็นอยู่ได้ ลดการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตใจ การสนับสนุนการบริการการแพทย์ งานของรักษพล สนิทยา (2555) อธิบายถึงข้อค้นพบจากการศึกษา ตัวอย่างของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตในระดับไม่ดีถึงร้อยละ 9.11 กล่าวได้ว่า ปัญหาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยยังเป็นปัญหาสำหรับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และส่วนการไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษาที่ส่งผลให้ลดภาวะเสี่ยงซึมเศร้าได้ จากงานวิจัยของ ทนงศักดิ์ มูลจินดา และทัตภณ พลไชย (2561) ได้อธิบายถึงการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ 3 วิชา ผลพบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพมีระดับความเสี่ยงที่ลดลง ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของสถานการณ์ดังกล่าว จึงพบว่า แม้จะมีการศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจำนวนมากในหลายปีที่ผ่านมา แต่ยังคงมีความน่าสนใจและเป็นความสำคัญในปัจจุบันที่ประเทศไทยต้องเผชิญกับการเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว เพื่อเป็นการมองเห็นแนวทางต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าอาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อาจอยู่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จนกระทั่งผู้สูงอายุที่มีอาการภาวะซึมเศร้า และการนำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อวิถีการพัฒนาสุขภาพจิตใจ และช่วยเหลือด้านภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

3. แนวคิด ทฤษฎี กรอบแนวคิด

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ครั้งนี้ได้ศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี และกรอบแนวคิดที่ใช้ศึกษา ดังนี้

3.1 แนวคิดภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า เป็นความเศร้าที่เกินควรหรือนานเกินไป แม้จะได้รับกำลังใจหรือเหตุผลดี ๆ ก็ไม่ได้หมายความว่าจะทำให้อาการดีขึ้น ทำให้เกิด

วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
92 | ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564

ความรู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิด ส่งผลกระทบต่อหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน และสังคมทั่วไป บางรายที่มีอาการรุนแรงก็อาจส่งผลทางกายด้วย เช่น มีการผิดปกติของการนอน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรืออยากอาหารมากขึ้น น้ำเพิ่มขึ้น แต่หากอารมณ์เศร้าเป็นอาการที่เด่นชัด อาจเป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่โรคซึมเศร้า ดังที่จากในงานของ นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ (2559) และตฤฎิลา จำปาวัลย์ (2560) เห็นพ้องต้องกันว่า เป็นภาวะจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ จนกระทั่งมองโลกในแง่ลบส่งผลเสียต่อสุขภาพชีวิต และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นจำเป็นต้องการรักษาอย่างถูกวิธีและต้องใช้เวลาจึงไม่ควรคาดหวังมากเกินไป

3.2 แนวคิดทฤษฎีจิตสังคม

ทฤษฎีจิตสังคม (Psychosocial Theory) ผู้ริเริ่มในทฤษฎีนี้คือ อิริค เอช อิริสัน (Erik H. Erikson: p. 1902-1982) ได้อธิบายถึงการพัฒนาทางจิตใจด้วยการยอมรับการพัฒนาทางจิตใจตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ โดยเน้นความสำคัญปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในการพัฒนาทางจิตใจ ซึ่งเชื่อว่าบุคลิกภาพคือผลของความสำเร็จหรือล้มเหลวในการแก้ไขความขัดแย้งที่เกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของแต่ละบุคคล โดยช่วงของอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นช่วงเวลาที่อยู่ระหว่างความรู้สึกมั่นคงสมบูรณ์หรือความสิ้นหวัง (Integrity vs Despair) โดยที่บุคคลสามารถแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ในการพัฒนาทุกระยะที่ผ่านมาได้อย่างสมบูรณ์ แต่หากพัฒนาในส่วนนี้ไม่ได้ไปเป็นอย่างที่เหมาะสมหรือล้มเหลว ก็อาจทำให้บุคคลนั้นกลายเป็นคนที่รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีโอกาสที่แก้ไขและอาจทำให้ไม่อยากอยู่ต่อไปอย่างไร้คุณค่าและศักดิ์ศรี (จิราพร รักการ, 2563)

3.3 แนวคิดทฤษฎีการรับรู้

การรับรู้ หรือ Perception หมายถึง เป็นการแปลความหมายจากการสัมผัส เริ่มต้นตั้งแต่การมีสิ่งเร้ามากระทบอวัยวะ การรับสัมผัสทั้งห้าแล้วมีการส่งไปยังกระแสประสาทของสมอง เพื่อมีการประมวลผลความกระบวนการสื่อสารที่สำคัญระหว่างบุคคลในสังคมเพื่อสร้างความเข้าใจจากงานของ นรินทร์ พงษ์พุ่ม (2562) ได้อธิบายถึงการรับรู้ในชีวิตประจำวันสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มคือ 1) การรับรู้วัตถุ (material perception) เป็นการรับรู้ในเรื่องขนาด รูปทรง โดยขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลแต่ละคนในแง่ของประสบการณ์ส่วนตัว 2) การรับรู้บุคคล (human perception) เป็นกระบวนกรในการรับรู้เข้าใจตนเองและบุคคลอื่นที่อยู่รอบตนเอง

3.4 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

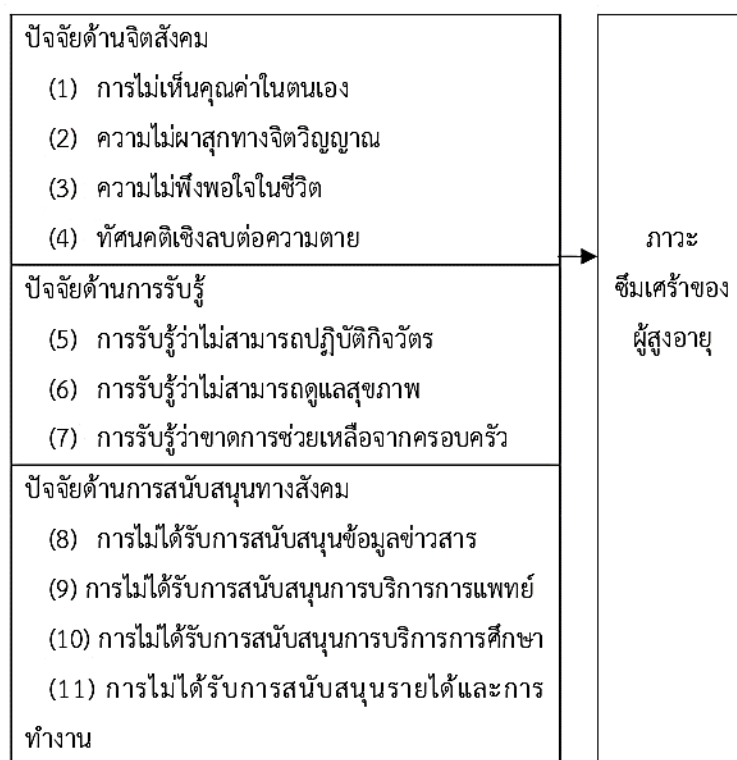
แนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม หรือ Social Support ของ House (1981) ได้อธิบายถึงการสนับสนุนทางสังคม เกิดจากการที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านของการให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน โดยแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal Support) เช่น ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information Support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสาร

วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
94 | ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564

รูปแบบต่างๆ และ 4) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของและการบริการ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

จากองค์ประกอบปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ได้ให้ความหมายโดยนักวิชาการต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ สามารถเกิดขึ้นได้ปัจจัยด้านจิตสังคม ที่ได้ให้ความสำคัญด้านสังคม วัฒนธรรมและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในการพัฒนาทางจิตใจ เพื่อให้เกิดการพัฒนาได้อย่างสมบูรณ์ ในส่วนของปัจจัยด้านการรับรู้ ที่ได้อธิบายกระบวนการในการรับรู้เข้าใจตนเองและบุคคลอื่นที่อยู่รอบตนเอง รวมถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ที่ได้อธิบายถึงการที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านของการให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ได้รับการสนับสนุนมีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ดี ซึ่งปัจจัยข้างต้นย่อมมีผลต่อภาวะซึมเศร้า หากไม่ได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสมหรือเกิดความล้มเหลว ก็อาจทำให้บุคคลนั้นกลายเป็นคนที่ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากทั้งหมด สามารถกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังรูปที่ 1 ดังนี้

3.5 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

ที่มา : คณะผู้วิจัย (2564)

วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
96 | ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564

4. วิธีดำเนินการวิจัย

4.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ ขึ้นไป 2) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีจำนวนประชากร 240 คน

4.2 กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์ตามแนวคิดของแฮร์ (Hair และคณะ, 2014) ต้องมีขนาดอย่างน้อย 20 เท่าของตัวแปรที่ศึกษา ซึ่งการศึกษานี้มีตัวแปรทั้งหมด 12 ตัวแปร ขนาดกลุ่มตัวอย่างจึงมีจำนวน 240 คน จากประชากรทั้งหมด 276,331 คน

4.3 วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกสุ่มอย่างง่าย โดยการหยิบสลากแบบไม่ใส่คืน โดยสุ่มหยิบเลือกกลุ่มตัวอย่างอำเภอจาก 23 อำเภอของจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ออกมาเป็น 6 อำเภอ ใช้วิธีการสุ่มเป็นกลุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากเพื่อให้ได้ตำบลในอำเภอนั้น ๆ เพื่อหาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลหรือหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอ เพื่อใช้เป็นตัวแทนในการสุ่มตัวอย่างจากแต่ละกลุ่ม โดยกำหนดแต่ละอำเภอ ได้แก่ 1) อำเภอเมือง คือ อบต.บางจาก และ ศูนย์อนามัยที่ 11 2) อำเภอท่าศาลา คือ อบต.ท่าซื่น และ รพ.สต.บ้านสาขา 3) อำเภอเฉลิมพระเกียรติ คือ รพ.สต. บ้านสระเพลง และ รพ.สต.บ้านยางวน 4) อำเภอร่อนพิบูลย์ คือ รพ.สต.บ้านทำเนียบ

5) อำเภอช้างกลาง คือ รพ.สต.บ้านควนसान และ 6) อำเภอทุ่งสง: รพ.สต.บ้านใต้ โดยอำเภอกลุ่มละ 40 คน

4.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ตอนได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะของผู้สูงอายุ เป็นข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตสังคมเป็นแบบสอบถามที่ได้นำมาพัฒนาต่อยอดซึ่งสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรู้สึกในตนเอง ได้แก่ การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ ความไม่พึงพอใจในชีวิต และทัศนคติเชิงลบต่อความตาย โดยมีคำถามทั้งหมด 32 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ลำดับ ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยรู้สึก เช่นนี้เลย, 2 คะแนน หมายถึง รู้สึกเช่นนี้น้อยมาก, 3 คะแนน หมายถึง รู้สึกเป็นบางครั้ง, 4 คะแนน หมายถึง รู้สึกบ่อยครั้ง และ 5 คะแนน หมายถึง รู้สึกเกือบตลอดเวลา

ตอนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ เป็นแบบสอบถามที่ได้นำมาพัฒนาต่อซึ่งสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดการรับรู้ต่อตนเอง ได้แก่ การรับรู้ว่าจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร การรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ และการรับรู้ว่าจะขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว ประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีให้เลือกตอบตั้งแต่ไม่เป็นความจริง 4 คะแนน, จริงเล็กน้อย 3 คะแนน, จริงพอสมควร 2 คะแนน และ จริงมากที่สุด 1 คะแนน

วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
98 | ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564

ตอนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา และการไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน จำนวน 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีให้เลือกตอบตั้งแต่ไม่เคยได้รับการสนับสนุนเลย 4 คะแนน, ได้รับการสนับสนุนนาน ๆ ครั้ง 3 คะแนน, ได้รับการสนับสนุนเป็นบางครั้ง 2 คะแนน, ได้รับการสนับสนุนบ่อยครั้ง 1 คะแนน, และได้รับการสนับสนุนเป็นประจำ 0 คะแนน

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เป็นแบบประเมินที่พัฒนาจากแบบสอบถามผู้ป่วย Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ซึ่งเป็นแบบประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในขั้นต้น ประกอบไปด้วยคำถาม 9 ข้อ โดยมาจากข้อต่าง ๆ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้าใน DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth edition) โดยเกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย 0 คะแนน มีบางวัน 1 คะแนน มีค่อนข้างบ่อย 2 คะแนน มีเกือบทุกวัน 3 คะแนน

4.5 การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งมีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นดังนี้ ความรู้สึกไม่เห็นคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 0.82 ความไม่พอใจทางจิต

วิญญาณ เท่ากับ 0.75 ความไม่พึงพอใจในชีวิต เท่ากับ 0.79 ทศนคติเชิงลบ ต่อความตาย เท่ากับ 0.76 การรับรู้ว่าจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร เท่ากับ 0.80 การรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ เท่ากับ 0.85 การรับรู้ว่าจะขาดการช่วยเหลือ จากครอบครัว เท่ากับ 0.82 การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร เท่ากับ 0.85 การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ เท่ากับ 0.94 การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา เท่ากับ 0.82 การไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน เท่ากับ 0.89 และภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.81

4.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเข้าไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ จากคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัย-สงขลานครินทร์ ไปเก็บข้อมูลจากกลุ่ม ตัวอย่างด้วยตนเอง พร้อมนัดวันรับแบบสอบถามคืน โดยได้ติดต่อประธาน (ชุมชน?)ในพื้นที่ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเข้าไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ ซึ่งได้ให้แบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดเอาไว้ เพื่อตอบ คำถาม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย หาก ผู้ตอบคำถามยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจึงจะเริ่มแจกแบบสอบถามให้กลุ่ม ตัวอย่าง หลังจากนั้นมีการตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถามที่ได้รับ คืนจากกลุ่มตัวอย่าง และตรวจให้คะแนนแบบสอบถามที่สมบูรณ์ตามเกณฑ์ที่ กำหนดไว้เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป มีการขอจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ โครงการวิจัยที่ Ex-01/2564

4.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมอาร์ (R Program) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลภาคบรรยายโดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลข

วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
100 | ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564

คณิต และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้น (Linear Multiple Correlation)

5. สรุปผลการวิจัย

5.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุเฉลี่ย 72.68 ปี ส่วนใหญ่เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.25 มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.58 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 83.75 ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 63.33 อาศัยอยู่กับครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 90.00 พอใช้และมีเก็บออม คิดเป็นร้อยละ 68.75 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ที่ 1,000 - 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 49.58 มีแหล่งรายได้ต่อเดือนมาจากเบี้ยผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 100 และจากครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 40.83

5.2 ผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.40 จากการวิเคราะห์ปัจจัยจิตสังคม พบว่า ผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชมีผู้สูงอายุที่มีความไม่พึงพอใจในชีวิต สูงที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.38) รองลงมาคือ การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.38 2.10 และ 2.08 อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีทัศนคติเชิงลบต่อความตาย อยู่ในระดับน้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 1.71 ในขณะที่การรับรู้ พบว่า คือ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ข่าวสารการช่วยเหลือจากครอบครัว และการรับรู้ว่ามี

สามารถดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.89 และ 1.56 ตามลำดับ อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร อยู่ในระดับน้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.46 ส่วนการสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้สูงอายุที่มีการไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา และการไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 และ 3.54 ตามลำดับ ในขณะที่การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และการไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.65 และ 1.65 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

| ตัวแปร | Mean | S.D. | ระดับ |
|--|------|------|------------|
| ตัวแปรเกณฑ์ | | | |
| ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ | 1.40 | 0.36 | ปานกลาง |
| ปัจจัยจิตสังคม | | | |
| การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง | 2.10 | 1.01 | น้อย |
| ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ | 2.08 | 0.65 | น้อย |
| ความไม่พึงพอใจในชีวิต | 2.38 | 0.69 | น้อย |
| ทัศนคติเชิงลบต่อความตาย | 1.71 | 0.62 | น้อยที่สุด |
| การรับรู้ | | | |
| การรับรู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร | 1.46 | 0.57 | น้อยที่สุด |
| การรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ | 1.56 | 0.57 | น้อยที่สุด |
| การรับรู้ว่าขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว | 1.89 | 0.77 | น้อย |

วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
102 | ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564

| ตัวแปร | Mean | S.D. | ระดับ |
|--|------|------|-----------|
| การสนับสนุนทางสังคม | | | |
| การไม่รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร | 1.65 | 0.72 | ปานกลาง |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการ การแพทย์ | 1.65 | 0.71 | ปานกลาง |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการ การศึกษา | 3.55 | 0.77 | มากที่สุด |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการ ทำงาน | 3.54 | 0.79 | มากที่สุด |

ที่มา : คณะผู้วิจัย (2564)

5.3 การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ความไม่พึงพอใจในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = 0.35, 0.30, 95\%$ Confidence Interval = 0.24, 0.46 / 0.18, 0.41 ตามลำดับ) ส่วนความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ และทัศนคติเชิงลบต่อความตาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.20, 0.18, 95\%$ Confidence Interval = 0.08, 0.32 / 0.05, 0.30 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

| ปัจจัยจิตสังคม | r | p-value | 95% Confidence Interval. |
|-------------------------|---------|---------|--------------------------|
| การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง | 0.35*** | 0.000 | 0.24, 0.46 |
| ความไม่พอใจทางจิตวิญญาณ | 0.20** | 0.002 | 0.08, 0.32 |
| ความไม่พึงพอใจในชีวิต | 0.30*** | 0.000 | 0.18, 0.41 |
| ทัศนคติเชิงลบต่อความตาย | 0.18** | 0.006 | 0.05, 0.30 |

ที่มา : คณะผู้วิจัย (2564)

5.4 การรับรู้ว่าการช่วยเหลือจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = 0.24$, 95% Confidence Interval = 0.11, 0.35) ส่วนการรับรู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร และการรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.20$, 0.19, 95% Confidence Interval = 0.07, 0.31/ 0.07, 0.31ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
104 | ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

| การรับรู้ | r | p-value | 95% Confidence Interval. |
|---|---------|---------|--------------------------|
| การรับรู้ที่ไม่สามารถการปฏิบัติกิจวัตร | 0.20** | 0.002 | 0.07, 0.31 |
| การรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ | 0.19** | 0.003 | 0.07, 0.31 |
| การรับรู้ว่าคุณขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว | 0.24*** | 0.000 | 0.11, 0.35 |

ที่มา : คณะผู้วิจัย (2564)

5.การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ตัวแปร ได้แก่ การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา และ การไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.15, 0.15, 0.14, 0.13$, 95% Confidence Interval = 0.02, 0.27/ 0.02, 0.27/ 0.01, 0.26/ 0.01, 0.26 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

| การสนับสนุนทางสังคม | r | p-value | 95% Confidence Interval. |
|--|-------|---------|--------------------------|
| การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร | 0.15* | 0.021 | 0.02, 0.27 |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ | 0.15* | 0.024 | 0.02, 0.27 |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา | 0.14* | 0.033 | 0.01, 0.26 |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน | 0.13* | 0.038 | 0.01, 0.26 |

***p < .001 **p < .01 *p < .05

ที่มา : คณะผู้วิจัย (2564)

5.6 ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีทั้งหมด 5 ตัวแปร คือ การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ความไม่พอใจทางจิตวิญญาณ การรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และการไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา โดยการไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ

วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
106 | ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564

.001 การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .01 และความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ การรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ และการไม่รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุสูงที่สุด คือ การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุต่ำที่สุด คือ การรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 รูปแบบสุดท้ายของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
จังหวัดนครศรีธรรมราช

| ปัจจัย | Estimate | Std. Error | t-value | p-value |
|--|----------|-------------------------|----------|---------|
| ค่าคงที่ | 0.108 | 0.022 | 4.921*** | 0.000 |
| การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง | 0.101 | 0.034 | 2.962*** | 0.003 |
| ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ | 0.080 | 0.040 | 2.018** | 0.045 |
| การรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ | 0.072 | 0.031 | 2.316* | 0.021 |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร | 0.075 | 0.030 | 2.521* | 0.012 |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา | 0.108 | 0.022 | 4.921*** | 0.000 |
| Residual standard error = 0.325 | | Degree of freedom = 234 | | |

| | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| Multiple R ² = 0.210 | Adjusted R ² = 0.193 |
| F-statistic = 12.460*** | p-value = 0.000 |

***p < .001 **p < .01 *p < .05

ที่มา : คณะผู้วิจัย (2564)

6. อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยได้ข้อค้นพบที่สำคัญว่า ตัวแปรที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช มี 5 ตัว คือ การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ด้านความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ การรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา ซึ่งตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุสูงที่สุดคือ การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีโอกาสเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ หรือได้มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียดอาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ อันเกิดจากผู้สูงอายุส่วนมากมักมองตนเองว่ามีระดับการศึกษาที่ต่ำผู้อื่น ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมักจะรู้สึกว่าคุณค่าตนเองด้อยกว่าคนอื่น และกลัวว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักจะแยกตัวออกจากสังคม และมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าตนเอง เช่นเดียวกับงานของ Wenjun Cao, Chongzheng Guo, Weiwei Ping, Zhijun Tan, Ying Guo and Jianzhong Zheng (2016) ได้พบว่าจากการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุชาวจีนในชุมชน ความสุขของภาวะ

วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
108 | ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564

ซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างคือ 26.1% โดยผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเป็นผู้สูงอายุมีการศึกษาน้อย มีรายได้ต่อเดือนลดลงมีแนวโน้มที่ส่งให้มีอาการนอนไม่หลับ จึงจำเป็นต้องการสนับสนุนการบริการการศึกษาให้มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้า

รองลงมาคือ การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง เพราะ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองมีค่าน้อยกว่าคนอื่น ไร้คุณค่าในตนเองเป็นไรประโยชน์ อีกทั้งยังเป็นภาระแก่บุคคลอื่น รวมถึงยังมีความรู้สึกว่าไม่มีใครมองเห็นหรือให้ความสำคัญในตัวเอง สูญเสียบทบาททางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกการไม่เห็นคุณค่าตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ ธัญพร พรหมจันทร์ และศิริลักษณ์ ศุภพิติพร (2557) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวสูงก็จะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าระดับสูง ก่อให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ทำให้มีความรู้สึกตำหนิตนเองเกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยค่าส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ เพราะ ผู้สูงอายุยังคงมีเรื่องให้ทุกข์ใจอยู่บ่อยครั้ง และยังคงโหยหาความต้องการที่จะประสบความสำเร็จให้มากกว่าที่เป็นอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการอธิบายในงานของ อภิศิ โชนิรัตน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, คะนิงนิจ พงศ์ถาวรภมล และศรียามน ติรพัฒน์ (2563) พบว่าหากผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น เพื่อการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีความสุข แต่หากเกิดความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณก็อาจจะส่งให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน

การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร เพราะโดยส่วนมากผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารมากนัก เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลได้ยาก

จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือสื่อแหล่งต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับผลจากงาน บุญवास สมวงศ์ และปริญญา ห์รันโพธิ์ (2560) พบว่า เพื่อลดการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตใจ ผู้สูงอายุจึงควรได้รับถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อมวลชน ครอบครัว เพื่อน หน่วยงานสาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ และควรเป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและมีประโยชน์ เพื่อช่วยให้เกิดประโยชน์แก่ผู้สูงอายุต่อการมีความรู้ถึงโรคภัยไข้เจ็บและวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองในอนาคต ด้านการรับรู้ว่าไม่สามารถดูแลสุขภาพ เนื่องจากวัยผู้สูงอายุต้องให้ความสำคัญกับเรื่องของสุขภาพ สอดคล้องกับงานของ บุษราคัม จิตอารีย์ (2555) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

ดังนั้น ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องการการเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง เพื่อให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง ความผาสุกทางจิตวิญญาณ รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว องค์กรหน่วยงานต่าง ๆ สถานพยาบาลเพื่อให้การดูแล และมอบข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพ ต่อการเข้าใจถึงวิธีการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และที่สำคัญคือการสนับสนุนการให้บริการการศึกษา การทำกิจกรรมที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมอย่างสร้างสรรค์เพื่อส่งเสริมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
110 | ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564

7. ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น หน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการทำกิจกรรมสร้างสรรค์ร่วมกับผู้สูงอายุ พบปะกับเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน เพื่อเป็นการสนับสนุนการบริการการศึกษา และทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าในตนเอง รวมถึงเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และควรรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ควรพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอและตรงเวลาทุก ๆ วัน นอกจากนี้ โรงพยาบาลทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ควรมีการเฝ้าระวังอาการของผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะซึมเศร้าอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งให้ความรู้ ข้อมูล ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการรักษาตนเอง เพื่อลดอาการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

8. เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วชิรรินทร์ พี.พี.
- จิราพร รักการ. (2563). แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2563, จาก shorturl.asia/rBfc2
- ตฤไล จำปาวัลย์. (2560). “แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา”. วารสารพุทธจิตวิทยา. 2(2), น. 1-11.

- ทนต์ศักดิ์ มุลจันดา และทัศน พลไชย. (2561). “ผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง ตำบลห้วย อำเภอบุพผราขวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ”. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*. 2(2), น. 14-29.
- ธัญพร พรหมจันทร์ และศิริลักษณ์ ศุภพิติพร. (2557). “ภาวะซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร”. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 58(5), น. 545-561.
- นรินทร์ พองพุ่ม. (2562). *ความงามของธรรมชาติที่ส่งผลต่อการสร้างสรรค์ผลงานจิตรกรรม*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาทัศนศิลป์ คณะศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ. (2559). “ภาวะซึมเศร้า”. *วารสาร มอภ.วิชาการ*, 1(38), น. 105-118.
- บุญवास สมวงษ์ และปริญญา หรุ่นโพธิ์. (2560). *การดูแลสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ เขตบางแค จังหวัดกรุงเทพมหานคร*. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2563, จาก https://repository.rmutr.ac.th/bitstream/handle/123456789/777/rmutrconth_131.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- บุษราคัม จิตอารีย์. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม).

วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
112 | ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564

- ปวีณา นพโสธร. (2556). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- มาธูรี อุไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง. (2560). “การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษามูลนิธิสงเคราะห์คนชราอนาถาแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา”. *รูสมิแล*. 38(1), น. 29-44.
- รักษพล สนิทยา. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วงศ์สิริ แจ่มฟ้า, ศิริรัตน์ จำปีเรือง และพิมพ์วรรณ เรื่องพุทธ. (2562). “ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์”. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*. 11(2), น. 259-271.
- วนิดา อินทราชา และคณะ. (2556). *ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของสมาชิกผู้สูงอายุศูนย์ส่งเสริมสุขภาพวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง*. สืบค้นเมื่อ 24 สิงหาคม 2563, จาก [http://www.bcnlp.ac.th/document/qa/CHE2556/5.1/5.1-3-1\(6\).pdf](http://www.bcnlp.ac.th/document/qa/CHE2556/5.1/5.1-3-1(6).pdf)

- ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต. (2561). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุประจำปี 2561. สืบค้นเมื่อ 8 มกราคม 2564, จาก https://www.thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/60up/dep_60up_61.pdf
- สถาบันจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2561). โรคซึมเศร้า..รับมือได้. สืบค้นเมื่อ <http://new.smartteen.net/infographic/172>
- อภิรดี โชนิรัตน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, คะนิงนิจ พงศ์ถาวรภมม และศรียา มน ติรพัฒน์. (2563). “ปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ”. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31(1). 93-108.
- อรัญญา นามวงศ์, เอกพันธ์ คำภีระ, คอย ละอองอ่อน และวัชรี ไชยจันดี. (2561). “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน”. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*. 19(2), น. 94-102.
- Cao W., Guo C., Ping W., Tan Z., Guo Y., & Zheng J. (2016). “ A Community-Based Study of Quality of Life and Depression among Older Adults” . *international Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(Suppl. 7), p. 1-10
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, J.B., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate Data Analysis*, London : Peassun publishing

วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
114 | ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564

House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support (Addison-Wesley series on occupational stress)*. Boston: Addison-Wesley Educational Publishers Inc.

Oon-aroma, A., Wongpakarana, T., Satthapisit, S., Saisavoey, N., Kuntawong, P., & Wongpakaran, N. (2019). "Suicidality in the elderly: Role of adult attachment". *Asian Journal of Psychiatry*. 44, p. 8-12.

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคม
กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

The Relationship Among Psychosocial Factors, Perception Factors and Social Support
Factors Among the Depression of the Elderly in Nakhon Si Thammarat Province.

ฐิติรัตน์ ช่างทอง* และเกษตรชัย และหิ้ม

Thitirat Changthong* and Kasetchai Laeheem

คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

Faculty of Liberal Arts, Prince of Songkla University, Hatyai, Songkla 90110, Thailand

*Corresponding author, e-mail: lkasetchai@yahoo.com

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญและยังไม่พบปัจจัยอย่างแน่ชัดในปัจจุบัน เพื่อเป็นการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จึงได้ทำการวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 240 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมอาร์เพื่อหาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลปรากฏว่า การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ความไม่พึงพอใจในชีวิต และ การรับรู้ว่าการช่วยเหลือจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ความไม่เหมาะสมทางจิตวิญญาณ การรับรู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร การรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ ทัศนคติเชิงลบต่อความตาย และ การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา และการไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยอธิบายได้ว่า ปัจจัยจิตสังคม ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผลจากการวิจัยนี้ หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ สามารถนำไปประกอบการพิจารณาแนวทางหรือมาตรการการป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยจิตสังคม ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยการสนับสนุนสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุ

Abstract

Depression in the elderly was stealing a major problem and the factor has not been identified at present to find factors that are associated with depression of the elderly. This study aimed to examine the relationship among psychosocial factors, perception factors and social support factors among the depression of the elderly. Nakhon Si Thammarat province. The sample group was the elderly who are entitled to receive the elderly living allowance in Nakhon Si Thammarat province, 240 persons. The data were collected by questionnaires and analyzed with the R program to identify means, standard deviation, and pearson correlation coefficients. The results revealed that the elderly in Nakhon Si Thammarat Province suffered from depression at a moderate level. Lack of self-esteem, dissatisfaction in life, and perception of lack of family support had a positive correlation with the depression among the elderly at the .001 level of statistical significance. Lack of spiritual well-being, perception of inability to perform a routine, perception of inability to take care of health, negative attitude toward death, and lack of information support had a positive correlation with the depression among the elderly at the .01 level of statistical significance. In addition, lack of support for medical services, lack of support for educational services, and lack of income and work support had a positive correlation with the depression among the elderly at the .05 level of statistical significance. The results of the research explained that psychosocial factors Cognitive factor and social support factors were associated with depression among the elderly. The results of this research Departments of the Ministry of Public Health and agencies related to the elderly. It can be used to better consider approaches or measures to prevent depression in the elderly.

Keywords: Depression, Psychosocial factors, Perception factors, Social support factors, Elderly

บทนำ

ภาวะซึมเศร้ามักเป็นปัญหาในผู้สูงอายุที่หลายคนมองข้าม เพราะไม่มีโรคที่แสดงออกทางร่างกายอย่างชัดเจน หากปล่อยไว้นานก็อาจนำไปสู่ โรคซึมเศร้าได้ และอาจส่งผลกระทบต่อความสุขในการดำรงชีวิตอยู่ได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องสังเกตอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผ่านวิธีการสังเกตได้ 8 วิธี คือ กินอาหารน้อย เบื่อหน่าย ไม่อยากไปไหน รู้สึกไร้ค่า นอนไม่หลับ หงุดหงิดฉุนเฉียว บ่นไม่สบายทั้งที่ปกติ และพูดคุยน้อย (คู่มือการดูแลผู้สูงวัย สูตรคลายซึมเศร้า) ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 30 ที่จะพบเจอในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ถือเป็นเรื่องที่ไม่ควรมองข้ามเป็นอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด (Paolo Hospital Chokchai 4,

2018, Online) ในขณะเดียวกัน จากสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทยจาก 77 จังหวัด เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2562 พบว่า ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในส่วนของภาคใต้ จาก 14 จังหวัด พบว่าจังหวัดนครศรีธรรมราช คือจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุเยอะที่สุด รวมถึงจากรายงานการเข้าถึงการบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุยอดสะสมตั้งแต่ปี 2552 ถึง 30 กันยายน 2561 รายงานโดย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต แต่ละจังหวัดในประเทศไทย โดยนับจากประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในส่วนของภาคใต้ พบว่า จังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 240,522 คน มีจำนวนผู้ป่วยคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ 9,140 คน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในจังหวัด 6,976 คน สามารถเข้าถึงการบริการการวินิจฉัยและรักษาในจังหวัด 76.33 โดยมีจำนวนผู้ป่วยสะสมที่มีทะเบียนบ้านในจังหวัดจำนวน 7,390 คน อัตราเข้าถึงการบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีทะเบียนบ้านในจังหวัดเท่ากับ 80.85 (Phrasimahapho Hospital, 2018, Online) เป็นจำนวนที่แสดงให้เห็นถึงปัญหาของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มาจากภาวะซึมเศร้า ที่สำคัญยังไม่พบงานศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุของพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการหาแนวทางมาตรการป้องกันต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

ผู้สูงอายุสามารถมีภาวะซึมเศร้าได้จากทั้งปัจจัยจิตสังคม ได้แก่ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง จากงานวิจัยของ Sangphrachan *et al.* (2016, p. 86) ผลการวิจัยยังพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองถูกพัฒนามาจาก 2 แหล่ง คือ 1) ตนเอง เป็นการเริ่มต้นจากพฤติกรรมภายใน จนกลายเป็นพฤติกรรมที่ติดตัวที่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม และ 2) บุคคลอื่น มาจากการได้รับความรักและการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่นรอบตัวผู้สูงอายุ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ จากผลการวิจัยของ Namwong *et al.* (2018, pp. 101-102) พบว่าในด้านของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังมีความเข้าใจในชีวิตว่ามีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยเฉพาะการนำหลักธรรมในพระพุทธศาสนาเข้ามาใช้ในชีวิตจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าค่อนข้างต่ำหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า เพราะความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นเสมือนภูมิคุ้มกันทางจิตใจ และข้อเสนอแนะในด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจในชีวิต จากงานของ Jamfa *et al.* (2019, pp. 268-269) พบว่า ด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน ทำให้มีระดับคุณภาพชีวิต โดยรวมเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน แต่ในขณะเดียวกันสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการอย่างแท้จริงคือการได้อยู่กับครอบครัว ซึ่งก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ และทัศนคติต่อความตาย การศึกษาประสบการณ์ภาวะซึมเศร้าและความเศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุไทยของ Lueboonthavatchai *et al.* (2018, pp. 44-45) พบว่า ความหมายของการสูญเสีย คือ การสูญเสีย เป็นการที่ถูกปลัดพราก หรือสูญเสียสิ่งสำคัญและมีค่าไป การสูญเสียจะเป็นอะไรก็ตามก็ไม่เท่ากับการเสียบุคคลที่รัก เช่น สามี ภรรยา และบุตร รวมถึงสิ่งของมีค่า การสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกแ่อย่างมาง ส่งผลให้เกิดอาการเศร้าโศก และภาวะซึมเศร้าที่ต่อเนื่องและยาวนาน ความรู้สึกที่เกิดจากการสูญเสีย

ด้านของปัจจัยการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผลวิจัยในงานของ Namwong *et al.* (2018, p. 101) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เนื่องมาจาก การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมหรือทำได้น้อย จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกของการมีคุณค่าลดน้อยลงจนถึงมีภาวะ

ซึมเศร้าได้ การรับรู้การดูแลสุขภาพตนเอง จากงานของ Ubolwan *et al.* (2018, p. 250) ได้อธิบายถึงปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดีมากเท่าไร ยิ่งส่งผลต่อระดับความสุขมากเท่านั้น เนื่องจากสุขภาพกายและสุขภาพใจไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันได้ หากสุขภาพด้านใดมีการเปลี่ยนแปลงไปก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพอีกด้านหนึ่งด้วย การรับรู้การช่วยเหลือจากครอบครัวสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวจัดเป็นแรงสนับสนุนที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด Chunkai *et al.* (2019) ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นและการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ระหว่างวัยเชิงบวกกับลูก ๆ และหากได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอย่างเพียงพอ ก็จะมีแนวโน้มอาการซึมเศร้าน้อย ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างวัยมีผลโดยตรงต่อระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม อาทิ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ดังจากงานของ Somwong & Roonpho (2017, p. 1382) พบว่าในด้านของพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตใจของผู้สูงอายุ สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมและวิถีชีวิตความเป็นอยู่ได้ โดยที่ผู้สูงอายุได้รับถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อมวลชน ครอบครัว เพื่อน หน่วยงานสาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนการบริการการแพทย์ จากบทความในงานของ Kandeet *et al.* (2016, pp. 44-49) ได้ศึกษาการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน โดยมองจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมมาจาก 3 แหล่งคือ 1) ครอบครัว ศูนย์รวมความรัก 2) วัด คือศูนย์กลางพักใจ และ 3) โรงพยาบาลคือศูนย์รวมความช่วยเหลือ โดยในส่วนนี้ อธิบายถึงการรับรู้ของผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของร่างกายและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้โรงพยาบาลจึงเป็นที่พึ่งทางแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงแรงสนับสนุนการเป็นศูนย์กลางของความช่วยเหลือ ซึ่งนำไปสู่การยอมรับความเจ็บป่วยและการรักษามากขึ้น กระทั่งสามารถยอมรับความจริงและเผชิญความเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมดาเช่นเดียวกับคนอื่นได้ และยังรวมถึงเครือข่ายทางสังคมโดยเฉพาะสถานบริการและโรงพยาบาล ที่เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนให้ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยปรับตัวมีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังได้ตามศักยภาพ การสนับสนุนการบริการการศึกษา จากงานวิจัยของ Munchanda, & Palachai (2018, pp. 26-27) พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพมีระดับความเสี่ยงที่ลดลง ผู้สูงอายุทั้งหมดสามารถทำกิจวัตรประจำวัน เป็นกลุ่มติดสังคมพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นทั้งในชุมชนและสังคม ไม่มีภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนรายได้และการทำงาน จากการอภิปรายผลการวิจัยของ Sawangbumrung *et al.* (2019, p. 111) ได้อธิบายถึง ปัจจัยภาวะหนี้สิน ที่มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งต้องพึ่งพิงรายได้มาจากครอบครัว ขาดความมั่นคงทางการเงิน จึงส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จากปัญหาของปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพจิตอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

ดังนั้นจากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ยังมีความจำเป็นเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จนกระทั่งผู้สูงอายุที่มีอาการภาวะซึมเศร้า และการนำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อวิธีการพัฒนาสุขภาพจิตและช่วยเหลือด้านภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีดำเนินการวิจัย

แบบแผนการวิจัย คือ การศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) ซึ่งเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อวิเคราะห์การผันแปรคล้อยตามกันหรือผันแปรตรงกันข้ามกัน และมีรายละเอียดของงานวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้ (1) เป็นผู้สูงอายุที่มีตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ ขึ้นไป (2) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย (3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์ตามแนวคิดของแอร์ ต้องมีขนาดอย่างน้อย 20 เท่าของตัวแปรที่ศึกษา ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรทั้งหมด 12 ตัวแปร ขนาดกลุ่มตัวอย่างจึงมีจำนวน 240 คน ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกสุ่มแบบหลายขั้นตอนโดยขั้นตอนที่ 1 สุ่มอำเภอ โดยการหยิบสลากแบบไม่ใส่คืน โดยสุ่มหยิบเลือกกลุ่มตัวอย่างอำเภอจาก 23 อำเภอของ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ออกมาเป็น 6 อำเภอได้แก่ 1.อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช 2.อำเภอท่าศาลา 3.อำเภอเฉลิมพระเกียรติ 4.อำเภอร่อนพิบูลย์ 5.อำเภอช้างกลาง และ 6.อำเภอทุ่งสง ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตำบล โดยใช้วิธีการสุ่มเป็นกลุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากให้ได้ตำบลในอำเภอนั้น ๆ เพื่อหาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลหรือหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอ เพื่อใช้เป็นตัวแทนในการสุ่มตัวอย่างจากแต่ละกลุ่ม โดยกำหนดแต่ละอำเภอ กลุ่มละ 40 คน ดังนี้ 1.อำเภอเมือง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลบางจาก และ ศูนย์อนามัยที่ 11 2.อำเภอท่าศาลา ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าซื่น และ รพ.สต.บ้านสาขา 3.อำเภอเฉลิมพระเกียรติ ได้แก่ รพ.สต. บ้านสระเพลง และ รพ.สต.บ้านยางยวน 4.อำเภอร่อนพิบูลย์ ได้แก่ รพ.สต.บ้านท่าเนียน 5.อำเภอช้างกลาง ได้แก่ รพ.สต.บ้านควนसान และ 6.อำเภอทุ่งสง ได้แก่ รพ.สต.บ้านใต้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2-3 เป็นแบบสอบถามที่ได้นำมาพัฒนาต่อยอดเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า และส่วนที่ 4 ได้นำแบบสอบถามโดยเป็นแบบสอบถามผู้ป่วย Patient health questionnaire-9 (PHQ-9) ของ ศ.นพ.มาโนช หล่อตระกูล และคณะ แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งเป็นแบบประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในขั้นต้น โดยมาจากข้อต่าง ๆ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้าใน DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition) โดยแบบสอบถามได้มีการตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และนำ

แบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.76- 0.94 ซึ่งมีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แบบสอบถามการให้คะแนนและเกณฑ์การแปลค่าเฉลี่ยในงานวิจัย

| แบบสอบถาม | การให้คะแนน | เกณฑ์การแปลค่าเฉลี่ย |
|--|----------------------------------|--|
| ส่วนที่ 2 ปัจจัยจิตสังคม เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ | 1 = ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย | 1.00-1.80 = น้อยที่สุด |
| | 2 = รู้สึกเช่นนี้น้อยมาก | 1.81-2.60 = น้อย |
| | 3 = รู้สึกเป็นบางครั้ง | 2.61-3.40 = ปานกลาง |
| | 4 = รู้สึกบ่อยครั้ง | 3.41-4.20 = มาก |
| | 5 = รู้สึกตลอดเวลา | 4.21-5.00 = มากที่สุด |
| ส่วนที่ 3 ปัจจัยการรับรู้ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ | 1 = ไม่เป็นความจริง | 1.00-1.60 = น้อยที่สุด |
| | 2 = จริงเล็กน้อย | 1.61-2.20 = น้อย |
| | 3 = จริงพอสมควร | 2.21-2.80 = ปานกลาง |
| | 4 = จริงมากที่สุด | 2.81-3.40 = มาก 3.41-4.00 = มากที่สุด |
| ส่วนที่ 4 ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ | 0 = ไม่เคยได้รับการสนับสนุนเลย | 0.00-0.80 = น้อยที่สุด |
| | 1 = ได้รับการสนับสนุนนาน ๆ ครั้ง | 0.81-1.60 = น้อย |
| | 2 = ได้รับการสนับสนุนบางครั้ง | 1.61-2.40 = ปานกลาง |
| | 3 = ได้รับการสนับสนุนบ่อยครั้ง | 2.41-3.20 = มาก |
| | 4 = ได้รับการสนับสนุนเป็นประจำ | 3.21-4.00 = มากที่สุด |
| ส่วนที่ 5 แบบประเมินโรคซึมเศร้า Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) เป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ | 0 = ไม่มีเลย | 0.00-0.60 = น้อยที่สุด |
| | 1 = มีบางวัน | 0.61-1.20 = น้อย |
| | 2 = มีค่อนข้างบ่อย | 1.21-1.80 = ปานกลาง |
| | 3 = มีเกือบทุกวัน | 1.81-2.40 = มาก 2.41-3.00 = มากที่สุด |

การเก็บข้อมูล ได้มีการขอให้มหาวิทยาลัยออกหนังสือ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล นำหนังสือและแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมนัดวันรับแบบสอบถามคืน นอกจากนี้ได้มีการขอหนังสือรับรองจากหัวหน้าภาควิชาพัฒนามนุษย์และสังคม คณะศิลปศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลในแต่ละพื้นที่ โดยได้ติดต่อประธานในพื้นที่ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเข้าไปเก็บข้อมูลในพื้นที่นั้น ๆ ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้แบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบคำถาม คัดเลือกตามเกณฑ์ที่ได้กำหนด

เอาไว้ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย หากผู้ตอบคำถามยินดีให้ความร่วมมือ ก็จะเริ่มแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทำและได้มีการตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถามที่ได้รับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง และตรวจให้คะแนนแบบสอบถามที่สมบูรณ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไปนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์เพื่อหาค่าทางสถิติ

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ตัวแปร คือ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และตัวแปรอิสระคือ ปัจจัยด้านจิตสังคม (ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความพึงพอใจในชีวิต และทัศนคติต่อความตาย) ปัจจัยด้านการรับรู้ (การรับรู้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้การดูแลสุขภาพตนเอง และการรับรู้การช่วยเหลือจากครอบครัว) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนการบริการการแพทย์ การสนับสนุนการบริการการศึกษา และการสนับสนุนรายได้และการทำงาน)

เกณฑ์การแปลผลค่าความสัมพันธ์ ได้ใช้เกณฑ์การแปลผลค่าความสัมพันธ์ ดังนี้ 0.00-2.00=มีความสัมพันธ์ต่ำที่สุด 2.01-4.00=มีความสัมพันธ์ต่ำ 4.01-6.00 = มีความสัมพันธ์ปานกลาง 6.01-8.00=มีความสัมพันธ์สูง และ 8.01-10.00=มีความสัมพันธ์สูงที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมอาร์ (R program) เพื่อวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนจากสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุเฉลี่ย 72.68 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 195 คิดเป็น ร้อยละ 81.25 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.58 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 83.75 และไม่ได้ทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.33 ซึ่งได้อาศัยอยู่กับครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90 นอกจากนี้สถานภาพทางเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่าง พอใช้และมีเก็บออม คิดเป็นร้อยละ 68.75 โดยมีรายได้ต่อเดือนอยู่ที่ 1,000-5,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.58 และกลุ่มตัวอย่างที่มีแหล่งรายได้ต่อเดือนมาจากเบี้ยผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 100 ทั้งหมด

2. ผู้สูงอายุจังหวัดนครศรีธรรมราชมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.40 ข้อมูลของปัจจัยจิตสังคม พบว่า ผู้สูงอายุมีความไม่พึงพอใจในชีวิต การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.38 2.10 และ 2.08 และทัศนคติเชิงลบต่อความตาย มีค่าเฉลี่ย 1.71 ในขณะที่ข้อมูลของปัจจัยการรับรู้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ว่าการช่วยเหลือจากครอบครัว และการรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.89 และ 1.56 ตามลำดับ อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ว่าจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.46 ส่วนข้อมูลของปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา และการไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 และ 3.54 ตามลำดับ ในส่วนการไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และการไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.65 และ 1.65

ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

| ตัวแปร | Mean | S.D. | ระดับ |
|--|------|------|------------|
| ตัวแปร | 1.40 | 0.36 | ปานกลาง |
| ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ | | | |
| ปัจจัยจิตสังคม | | | |
| การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง | 2.10 | 1.01 | น้อย |
| ความไม่มีความสุขทางจิตวิญญาณ | 2.08 | 0.65 | น้อย |
| ความไม่พึงพอใจในชีวิต | 2.38 | 0.69 | น้อย |
| ทัศนคติเชิงลบต่อความตาย | 1.71 | 0.62 | น้อยที่สุด |
| การรับรู้ | | | |
| การรับรู้ว่าจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร | 1.46 | 0.57 | น้อยที่สุด |
| การรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ | 1.56 | 0.57 | น้อยที่สุด |
| การรับรู้ว่าจะขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว | 1.89 | 0.77 | น้อย |
| การสนับสนุนทางสังคม | | | |
| การไม่รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร | 1.65 | 0.72 | ปานกลาง |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ | 1.65 | 0.71 | ปานกลาง |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา | 3.55 | 0.77 | มากที่สุด |
| การไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน | 3.54 | 0.79 | มากที่สุด |

3. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มี 3 ตัวแปร โดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคือ

การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ($r=0.35$) ความไม่พึงพอใจในชีวิต ($r=0.30$) การรับรู้ว่าจะขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว ($r=0.24$) สำหรับตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 4 ตัวแปร โดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคือ ความไม่มีความสุขทางจิตวิญญาณ ($r=0.20$) การรับรู้ว่าจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร ($r=0.20$) การรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ ($r=0.19$) ทัศนคติเชิงลบต่อความตาย ($r=0.18$) และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 4 ตัวแปร โดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคือ การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ($r=0.15$) การไม่ได้

รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ (r=0.15) การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา (r=0.14) การไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน (r=0.13) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (Y) กับตัวแปรอิสระ (X) ทั้ง 11 ตัว

| ตัวแปร | X1 | X2 | X3 | X4 | X5 | X6 | X7 | X8 | X9 | X10 | X11 |
|--------|----|--------------|--------------|------------------|--------------|--------------|------------|----|----|-----|-----|
| X2 | r | 0.135 * | 1 | | | | | | | | |
| | p | 0.036 | | | | | | | | | |
| X3 | r | 0.401 *** | 0.337 *** | 1 | | | | | | | |
| | p | 0.000 | 0.000 | | | | | | | | |
| X4 | r | 0.226 *** | 0.442 *** | 0.49 5 *** | 1 | | | | | | |
| | p | 0.000 | 0.000 | 0.00 0 | | | | | | | |
| X5 | r | 0.387 *** | 0.305 *** | 0.25 5 *** | 0.502 *** | 1 | | | | | |
| | p | 0.000 | 0.000 | 0.00 0 | 0.000 | | | | | | |
| X6 | r | 0.280 *** | 0.210 *** | 0.23 0 *** | 0.384 *** | 0.833 *** | 1 | | | | |
| | p | 0.000 | 0.001 | 0.00 0 | 0.000 | 0.000 | | | | | |
| X7 | r | 0.430 *** | 0.156 * | 0.325 *** | 0.127 * | 0.165 * | 0.156 * | 1 | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|----------|--------|
| | p | 0.000 | 0.015 | 0.000 | 0.050 | 0.011 | 0.016 | | | | | |
| X8 | r | -0.042 | -0.082 | 0.060 | -0.120 | -0.149* | -0.132* | 0.265*** | | 1 | | |
| | p | 0.515 | 0.208 | 0.353 | 0.064 | 0.021 | 0.041 | 0.000 | | | | |
| X9 | r | -0.043 | -0.084 | 0.058 | -0.120 | -0.154* | -0.139* | 0.260*** | 0.998*** | | 1 | |
| | p | 0.506 | 0.193 | 0.375 | 0.064 | 0.017 | 0.032 | 0.000 | 0.000 | | | |
| X10 | r | 0.004 | -0.223*** | 0.230*** | -0.218*** | -0.281*** | -0.234*** | 0.176** | 0.316*** | 0.316*** | | 1 |
| | p | 0.941 | 0.001 | 0.000 | 0.001 | 0.000 | 0.000 | 0.006 | 0.000 | 0.000 | | |
| X11 | r | 0.006 | -0.214*** | 0.240*** | -0.210*** | -0.279*** | -0.243*** | 0.188** | 0.318*** | 0.319*** | 0.985*** | 1 |
| | p | 0.927 | 0.001 | 0.000 | 0.001 | 0.000 | 0.000 | 0.003 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | |
| Y | r | 0.355*** | 0.200** | 0.296*** | 0.175** | 0.195** | 0.193** | 0.238*** | 0.149* | 0.145* | 0.137* | 0.134* |
| | p | 0.000 | 0.002 | 0.000 | 0.006 | 0.002 | 0.003 | 0.000 | 0.021 | 0.024 | 0.033 | 0.038 |

*p < .05 ** p < .01 ***p < .001

หมายเหตุ

X1 คือ การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง

X2 คือ ความไม่เหมาะสมทางจิตวิญญาณ

| | |
|--|--|
| X3 คือ ความไม่พึงพอใจในชีวิต | X4 คือ ทศนคติเชิงลบต่อความตาย |
| X5 คือ การรับรู้ว่าจะไม่สามารถการปฏิบัติกิจวัตร | X6 คือ การรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ |
| X7 คือ การรับรู้ว่าจะขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว | X8 คือ การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร |
| X9 คือ การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ | X10 คือ การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา |
| X11 คือ การไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน | Y คือ ภาวะซึมเศร้า |

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้า พบว่า การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการขาดการยอมรับความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดการยอมรับจากผู้อื่นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งผลข้างต้นมีความใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Urairat, & Sabaiying (2017, pp. 41-42) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่รู้สึกดีและเห็นคุณค่าในตนเองเกิดจากการได้มีปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชนที่มีทัศนคติที่ดีและการปฏิบัติดีกับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ความไม่พึงพอใจในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะการที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกถึงความไม่พึงพอใจในเรื่องต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของฐานะ สุขภาพ การทำงานในกิจวัตรประจำของตนเอง การขาดการยอมรับในส่วนนี้ จึงเป็นอีกสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ จากผลวิจัยของ Jamfa *et al.* (2019, p. 261). พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการเรื้อรัง ซึ่งส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตของตนเองลดน้อยลง ด้านความไม่เหมาะสมทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะ ผู้สูงอายุที่ไม่มีความรู้สึกสงบสุขทางจิตใจ มีความกระวนกระวาย วิตกกังวล หรือมีเรื่องทุกข์ใจให้คิดอยู่บ่อยครั้ง หรือการมีความรู้สึกว้าวุ่นที่ผ่านมาตนเองยังไม่ประสบความสำเร็จส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในตัวผู้สูงอายุได้ โดยมีงานวิจัยของ Chrstraksa & Chetchaovalit (2018, p. 7) ได้อธิบายว่าการปรับตัวไม่ได้ มีอาการทางจิต เบื่อหน่าย อารมณ์รุนแรง ล้วนเป็นอาการความเจ็บป่วยทางด้านจิตวิญญาณ ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้ก่อเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากยิ่งขึ้น ด้านทัศนคติเชิงลบต่อความตาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ อาจทำให้เกิดความทุกข์ทรมานในจิตใจ การไม่สามารถยอมรับเรื่องความเครียดเกี่ยวกับสุขภาพโรคเรื้อรังที่ประสบอยู่ รวมไปถึงการไม่สามารถที่จะยอมรับเรื่องความตายได้ดี อาจส่งผลให้เกิดอาการรุนแรงไปถึงขั้นอยากฆ่าตัวตาย ผลข้างต้นยังสอดคล้องกับงานของ Thanathamthee *et al.* (2020, p. 43) ที่ได้อธิบายถึงการเป็นโรคร้ายแรงหรือเรื้อรัง ส่งผลให้ต้องพึ่งพาคนอื่น จนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทั้งร่างกายและจิตใจ ไร้ค่า จนนำไปสู่การจบชีวิตตนเองได้ในที่สุด

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับภาวะซึมเศร้า พบว่า การรับรู้ว่าจะขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลข้างต้นสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Chunkai *et al.* (2019, p. 73) ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นและการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ระหว่างวัยเชิงบวก

กับลูก ๆ และหากได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอย่างเพียงพอ ก็จะมีแนวโน้มอาการซึมเศร้าที่น้อยลง จึงมีข้อสังเกตว่าผู้สูงอายุที่ได้รับรู้ถึงการขาดความช่วยเหลือจากครอบครัวจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวอย่างเพียงพอ การรับรู้ว่าขาดการเอาใจใส่ ดูแลจากคนในครอบครัว รวมถึงการที่คนในครอบครัวขาดการรับฟังปัญหาของผู้สูงอายุ ส่งผลก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ด้านการรับรู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติหรือทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ปกติหรือสามารถทำได้ด้วยตนเองนั้น ซึ่งจะส่งผลต่อการประพฤติดุปฏิบัติของบุคคลนั้น ๆ เช่นเดียวกับผลการวิจัยในงานของ Namwong *et al.* (2018, p. 101) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถจะทำกิจกรรมหรือทำได้น้อย ต้องพึ่งพาคู่สมรสคนอื่น ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าด้อยลงจนเกิดมีภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด ส่วนการรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุไม่ได้มีความตระหนักหรือการทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยของตนเองอย่างดีพอ หรือการไม่ได้เข้าใจถึงวิธีการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองอีกทั้งไม่ได้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และอาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังเช่นงานของ Paungrod (2015, p. 69) ได้อธิบายถึงปัจจัยทางชีวภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ คือการที่ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยจนต้องพบแพทย์ในช่วง 1 ปี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.5 อันเนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป หรือการเจ็บป่วยจนมีภาวะทุพพลภาพ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงส่งผลต่อผู้สูงอายุทำให้รู้สึกมีคุณค่าลดลง ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้เสมอ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า พบว่า การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ อันที่มีประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ หรือการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการแยกแยะข้อมูลที่เป็นจริงและเท็จ รวมไปถึงการให้การสนับสนุนข่าวสารในรูปแบบต่าง ๆ อาทิ เช่น ผ่านสื่อโทรทัศน์ หรือสื่อออนไลน์แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งนับว่าเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญจากสังคมต่อผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันที่การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่ดีก็ย่อมส่งผลต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับข้อมูล ข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพ หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง วิธีการดูแลการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ แต่หากได้รับการสนับสนุนในส่วนนี้ได้ดีก็จะทำให้สามารถลดภาวะซึมเศร้าให้ลดน้อยลงได้ ทั้งนี้การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ ในเรื่องของคำแนะนำ วิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องหรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรค มีผลต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุเนื่องจากโรงพยาบาลหรือการบริการการแพทย์ ถือเป็นแหล่งศูนย์ช่วยเหลือที่สำคัญต่อผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงาน Singhard (2016, pp. 22-23) ได้อธิบายถึงบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการที่พยาบาลให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ หรือใช้การบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีความคิดเชิงบวก สามารถปรับเปลี่ยนความคิด จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมไปในทิศทางที่ดีต่อการลดภาวะซึมเศร้า ด้านการไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา มีความสัมพันธ์

ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะ การขาดกระบวนการเรียนรู้ด้านวิชาการ ขาดการเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพ รวมไปถึงการโอกาสเข้าฟังอบรมเรื่องสุขภาพ และการทำกิจกรรมจากหน่วยงานต่าง ๆ หรือชมรมผู้สูงอายุ อาจก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ เช่นเดียวกับผลการวิจัยในงานของ Cheytim *et al.* (2018, pp. 96-103) พบว่า การที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ สามารถสร้างความสุขอยู่ในระดับสูง รวมถึงเป็นการแนะหนทางในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งเสริมให้มีการวางแผนในชีวิต ตระหนักถึงคุณค่าในตนเองมากยิ่งขึ้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งต่อการสนับสนุนการบริการการศึกษาให้มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้าและด้านการไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงานพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าปัจจัยในเรื่องของเศรษฐกิจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการไม่ได้ฝึกฝนอาชีพ ไม่มีความรู้ในการทำเพื่อประกอบอาชีพที่ตนเองสนใจ รวมถึงไม่มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนข้อมูลอาชีพกับผู้อื่น จึงไม่สามารถที่จะนำไปสร้างเป็นอาชีพหลักหรืออาชีพเสริมช่วยเพื่อสร้างรายได้แก่ตนเองได้ ซึ่งมีความใกล้เคียงกับผลการสรุปการศึกษาของ Wongmai (2017, pp. 73-74) ด้านปัจจัยทางเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่คือกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือไม่ได้ทำงาน จึงก่อให้เกิดมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีงานทำมีการประกอบอาชีพเป็นของตนเอง

สรุปผลการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ผลจากความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้า พบว่า

การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ความไม่พึงพอใจในชีวิต และ การรับรู้ว่าการขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เกิดจากการขาดส่งเสริมในเรื่องของกิจกรรมการพัฒนาตนเองแก่ผู้สูงอายุจากตนเองและคนในครอบครัว จนกลายเป็นสาเหตุของการไม่เห็นคุณค่าในตนเอง และความไม่พึงพอใจในชีวิต รวมถึงการขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว นอกจากนี้ ความไม่ผลสุทางจิตวิญญาณ การรับรู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร การรับรู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพ ทศนคติเชิงลบต่อความตาย และ การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เป็นผลจากการที่ร่างกายของผู้สูงอายุอยู่ในสภาวะถดถอยและการไม่ได้รับข้อมูลวิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง จึงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าจากปัจจัยข้างต้น และในส่วนการไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา และการไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นถึงการขาดการคำแนะนำ ข้อมูลสุขภาพจากแพทย์ รวมถึงการขาดการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ รวมไปถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดการพัฒนาตนเองและการทำงานในผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาหรือหาแนวทาง จากผลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ลดน้อยลงในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

จากผลการศึกษามีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ ดังนี้

1. ด้านปัจจัยจิตสังคม หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล รวมไปถึงหน่วยงานชมรมผู้สูงอายุ ควรมีการตั้งหรือจัดกลุ่มผู้สูงอายุเข้ามาเป็นสมาชิก เพื่อทำกิจกรรมพัฒนาช่วยเหลือชุมชนหรือสังคม สร้างความรู้สึกเป็นประโยชน์ต่อสังคม ส่งเสริมให้ลดการไม่เห็นคุณค่าในตนเองลง และควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีความสนใจ โดยกิจกรรมที่ทำนั้นให้มีความสอดคล้องกับชีวิตประจำวัน ส่งเสริมให้เกิดความภาคภูมิใจ เพื่อลดความไม่พึงพอใจในชีวิต รวมไปถึงการพยายามสร้างความเข้าใจโดยการนำกิจกรรมทางศาสนามาปรับใช้ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุ เกิดสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจตนเอง ลดการเกิดความทุกข์ภายในจิตใจ ก่อให้เกิดความเข้าใจกับสภาวะความโศกเศร้า การยอมรับกับเรื่องราวในชีวิต เพื่อป้องกันการเกิดความไม่เหมาะสมทางจิตวิญญาณ รวมถึงลดทัศนคติเชิงลบต่อความตาย ที่จะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าได้

2. ด้านการรับรู้ หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในระดับอำเภอและตำบล ควรมีการให้ความรู้ความเข้าใจถึงวิธีการดูแลสุขภาพที่ดีและถูกต้อง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดสุขภาพที่ดี และส่งเสริมให้ตระหนักเรื่องสุขภาพมากยิ่งขึ้น ผ่านการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ยังคงสามารถปฏิบัติได้ ป้องกันการเป็นผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ทำให้ลดการรับรู้ว่าไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรและลดปัญหาการรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ ที่นำมาสู่ภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ ควรมีการทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้สูงอายุ และหันมาใส่ใจผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น สร้างความเข้าใจแก่คนในครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพ การคอยรับฟังปัญหาต่าง ๆ ของผู้สูงอายุในครอบครัว และพร้อมให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันตลอดเวลา เพื่อลดการขาดการรับรู้การช่วยเหลือจากครอบครัว และช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

3. ด้านการสนับสนุนทางสังคม หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในระดับอำเภอและตำบล ควรมีการสร้างศูนย์ประชาสัมพันธ์สุขภาพ เพื่อให้ความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ดีแก่ผู้สูงอายุเป็นประจำ และควรให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข่าวสาร หรือข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างง่ายดาย ช่วยลดการไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร รวมถึงแพทย์หรือพยาบาลควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพด้วยถ้อยคำหรือประโยคที่ผู้สูงอายุเข้าใจได้ง่าย รวมไปถึงวิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมเป็นประจำ เพื่อลดปัญหาการไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการทางการแพทย์ นอกจากนี้ ควรมีการส่งเสริมการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ ทั้งในระดับอำเภอหรือตำบล เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ในเรื่องของสุขภาพ ภาษาและวัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างกิจกรรมเพื่อเสริมความรู้และความสุข ก่อให้เกิดความผ่อนคลายแก่ผู้สูงอายุ ช่วยลดเรื่องการไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษาที่จะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ รวมถึงหน่วยงานของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสฝึกฝนอาชีพที่ตนเองสนใจ นำไปพัฒนาประกอบอาชีพของตนเอง นำไปเป็นอาชีพเสริมหรืองานอดิเรก เพื่อเป็นช่องทางในการสร้างรายได้อีกทางแก่ผู้สูงอายุที่มีความสนใจและยังขาดโอกาสทางสังคม ให้กลับมามี

รายได้และการทำงานตามที่ตนเองถนัดและสนใจ จะลดความเครียดจากการไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน พร้อมทั้งลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับจากปานกลางถึงรุนแรงมาก เพื่อให้การช่วยเหลือและติดตามประเมินผลต่อไป

2) ควรมีศึกษาหรือพัฒนารูปแบบของโปรแกรมที่ช่วยในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยเป็นโปรแกรมหรือกระบวนการที่เน้นการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง การสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณ พร้อมทั้งเป็นส่งเสริมการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และการส่งเสริมให้เกิดจากรับรู้ความสามารถในดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะยังสนับสนุนให้เกิดการบริการการศึกษา กิจกรรมต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Chunkai, L., Shan, J., & Xinwen, Z. (2019). Intergenerational relationship, family social support, and depression among Chinese elderly: a structural equation modeling analysis. *Journal of Affective Disorders, 248*, 73-80
- Cheytim, A., Prasertsuk, N., & Kerdnaimongkol. U. (2018). The happiness of the elderly in the elderly club, Bangkok. *Integrated Social Science Journal, 5*(1), 85-108. (in Thai)
- อรรถกร เฉยทิม นวลฉวี ประเสริฐสุข อรุณีย์ เกิดในมงคล (2561). ความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสังคมศาสตร์บูรณาการ. 85-108.
- Chrstraksa, W., & Chetchaovallit, T. (2018). The role of the community psychiatric nurses in the elderly living with spiritual distress: spiritual dimension. *Journal of Nursing and Health Care, 36*(2), 6-14. (in Thai)
- Jamfa, W. Chumpeeruang, S., & Rueangphut, P. (2019). Depression and quality of life among elderly living in Muang NakhonSawan Province. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 11*(2), 259-271. (in Thai)
- Kandee, P., Sukwong, P., & Weiangkham, D. (2016). Perceived social support of community-dwelling rural elderl in northern Thailand. *J Ment Health Thai, 24*(1), 40-51. (in Thai)
- พยาม การดี พรรณพิมล สุขวงษ์ และดาว เวียงคำ. (2559). การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 24(1), 40-51.

- Lueboonthavatchai, O., Jodpimai, S., & Saengsong, P. (2018). A study of depression and grief experiences from loss in the Thai elderly. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 32(3), 33-47. (in Thai)
- Munchanda, T., & Palachai, T. (2018). The effects of promoting the health of the elderly with five dimensions of happiness Na Phang elderly school, Huai subdistrict, Patumratwongsa district Amnat Charoen province. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong*, 2(2), 14-29. (in Thai)
- Namwong, A., Khampeera, A., Chaijundee W., & Laongon K. (2018). Selected factors related to depressive symptoms among community-dwelling older people with chronic illness. *Journal of Nursing and Health Research*, 19(2), 94-105. (in Thai)
- Paolo Hospital Chokchai 4. (2018). *Depression in the elderly the danger at hand* [Online]. Retrieved August 20, 2020, from: <https://www.paolohospital.com/th-TH/chokchai4/Article/Details/อายุรกรรม/โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ...อันตรายที่ใกล้แค่เอื้อม>. (in Thai)
- Paungrod, N. (2015). The study on depression in Nonthaburi province elderly. *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences*, 2(1), 63-74. (in Thai)
- Phrasrimahapho Hospital. (2018). *Accessibility report for elderly patients* [Online]. Retrieved August 20, 2020, from: https://www.thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/60up/dep_60up_61.pdf. (in Thai)
- Sangphrachan, S., Chaisena, J. D., Hengudomsab, P., & Pratoomsr, W. (2016). The meaning of self-esteem as perceived by older adults with depression. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 26(2), 76-88. (in Thai)
- Sawangbumrung, M., Jaiwongya, R., & Rerkjaree, S. (2020). Mental health of the older people at charabarnvutti wittayalai school, doi saket district, chang mai province. *The journal of Psychiatric nursing and mental health*, 34(2), 99-117. (in Thai)
- มธุรส สว่างบำรุง, รุ่งกานต์ ใจวงศ์ยะ, และสุวรี ฤกษ์จारी. (2563). สุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรงเรียนพยาบาลวชิรพยาบาลวิทยาลัย อําเภอดอยสะเก็ดจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(2), 99-117.
- Singhard, S. (2016). Nursing of the elderly with depression. *Journal of Science and Technology Ubon Ratchathani University*, 18(3), 15-24. (in Thai)

- Somwong, B., & Roonpho, P. (2017). Health care of physically and mentally of the elders in Bangkhae district, Bangkok. *The 9th Rajamangala University of Technology International Conference*, August 7-9, 2017. Nakhon Pathom : Rajamangala University of Technology Rattanakosin. (in Thai)
- Thanathamthee, P., Akwarangkoon, S., Petsirasan, R., & Thiamwong, L. (2020). Boosting with feature selection technique for enhancing the prediction of depression and suicide risk in elderly. *Information Technology Journal*, 16(1), 34-45. (in Thai)
- Ubolwan, K., Pongkaew, A., Sanghuachang, W., Khunpinit K. (2018). Factors predicting the happiness of community-dwelling older adults with chronic diseases. *Journal of Public Health*, 48(2), 244-255. (in Thai)
- กันยารัตน์ อุบลวรรณ, อัจฉริยา พ่วงแก้ว, วิยะการ แสงหัวช้าง และกุลิสรา ชุนพิณีจ. (2561). ปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคเรื้อรัง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 48(2), 244-255.
- Urairat, M., & Sabaiying, M. (2017). Self-esteem in the elderly: A case study of an elderly aids foundation in Songkhla province. *Rusamilae Journal*, 38(1), 29-44. (in Thai)
- Wongmai, A. (2017). *Factors predicting depression and prevention strategies in depression among elderly in Maewang sub- district municipality, Maewang district, Chiang Mai province*. Master's Thesis. Chiang Mai Rajabhat University. (in Thai)

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ สกุล ฐิติรัตน์ ช่างทอง
รหัสประจำตัวนักศึกษา 6211120008
วุฒิการศึกษา

| วุฒิ | ชื่อสถาบัน | ปีที่สำเร็จการศึกษา |
|----------------------------|-----------------------|---------------------|
| รัฐศาสตรและนิติศาสตรบัณฑิต | มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ | 2560 |

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ฐิติรัตน์ ช่างทอง และเกษตรชัย และหิม. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา*,
3(1), 84-114.

ฐิติรัตน์ ช่างทอง และเกษตรชัย และหิม. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และ
การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสาร*
มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา, 17(2). XXX-XXX

ฐิติรัตน์ ช่างทอง และเกษตรชัย และหิม. (2564). ปัจจัยจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
จังหวัดนครศรีธรรมราช. งานประชุมวิชาการระดับชาติทางศิลปศาสตร์ประยุกต์ ครั้งที่ 10.
13 สิงหาคม 2564