

ปัจจัยจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุจังหวัดนครศรีธรรมราช

Psychosocial Affecting the Depression among
the Elderly in Nakhon Si Thammarat Province

ฐิติรัตน์ ช่างทอง¹

Thitirat Changthong²

เกษตรชัย และหิมี³

Kasetchai Laeheem⁴

Received: 4 มิ.ย. 2564

Revised: 3 ก.ค. 2564

Accepted: 22 ส.ค. 2564

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยจิตสังคมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 240 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยจิตสังคม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมอาร์เพื่อหาค่าเฉลี่ย

¹นักศึกษาหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนามนุษย์และสังคม คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, E-mail: deksinarab0406@gmail.com

²Student of Arts, Community Development, Faculty of Arts, Prince of Songkla University

³รองศาสตราจารย์. ดร. ภาควิชาสารัตถศึกษา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, E-mail: lkasetchai@yahoo.com

⁴Associate Professor, Dr., Department of Educational Foundation, Faculty of Arts, Prince of Songkla University

ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้น ผลของการวิจัย พบว่า 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 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

บทนำ

ภาวะซึมเศร้ามักเป็นปัญหาในผู้สูงอายุที่หลายคนมองข้าม เพราะไม่มีโรคที่แสดงออกทางร่างกายอย่างชัดเจน หากปล่อยไว้นานก็อาจนำไปสู่ โรคซึมเศร้าได้ และอาจส่งผลกระทบต่อความสุขในการดำรงชีวิตอยู่ได้ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องสังเกตอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จากคู่มือการดูแลผู้สูงวัย สูตรคลายซึมเศร้า (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2559) ผ่านวิธีการสังเกตได้ 8 วิธี คือ กินอาหารน้อย, เบื่อหน่าย, ไม่อยากไปไหน, รู้สึกไร้ค่า, นอนไม่หลับ, หงุดหงิด ฉุนเฉียว, บ่นไม่สบายทั้งที่ปกติ และพูดคุยน้อย ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 30 ที่จะพบเจอในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ถือเป็นเรื่องที่ไม่ควรมองข้ามเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด (โรงพยาบาลเปาโลโชคชัย 4, 2561) เจษฎา โชคดำรงสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวว่า องค์การอนามัยโลก ได้มีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะสูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจหลอดเลือด ซึ่งวัดจากปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรคและการบาดเจ็บของประชากร (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) จากปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย จึงได้พยายามแก้ปัญหาดังกล่าว โดยกรมสุขภาพจิตที่ได้มีการให้ความรู้แก่ประชาชนรวมถึงการเพิ่มการบริการต่างๆ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 50 โดยเร่งให้ความรู้ประชาชน ครอบครัว เพื่อให้สามารถสังเกตอาการและเฝ้าระวังอาการทั้งตนเองและผู้ใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุ วัยรุ่น ผู้มีโรคประจำตัว เพื่อส่งเข้ารับคำปรึกษากับเจ้าหน้าที่ นักจิตวิทยา หรือจิตแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน (ไทยพีบีเอส, 2560) บุญเรือง ไตรเรืองวรรณ อธิบดีกรมสุขภาพจิต ได้เปิดเผยว่า มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 4,000 คนต่อปี อันดับหนึ่งคือวัยทำงาน รองลงมาคือวัยผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุมาจากสาเหตุ 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 ติดเตียง และ 3) ผู้สูงอายุกลุ่มในชมรมผู้สูงอายุ (กรมสุขภาพจิต, 2561)

ปรากฏการณ์ของประชากรผู้สูงอายุ ถือเป็นประเด็นสำคัญที่ภาครัฐบาลไทยได้พยายามวางแนวทาง เพื่อรับมือเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในสังคมไทย โดยการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) การที่โครงสร้างประชากรได้เคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population Ageing) ขณะเดียวกันสถานการณ์ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) อาจกลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ” (Aged Society) ได้มีการคาดการณ์ไว้ในปี พ.ศ. 2564 ดังที่ เลิศวัลลภ ศรีชะพลภูสิทธิ และธมนพัชร ศรีชะพลภูสิทธิ (2560) ได้ศึกษา พบว่า เนื่องจากมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20 ขึ้นไป ส่งผลให้ประเทศไทยเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอีก 20 ปีข้างหน้า ซึ่งเป็นผลจากเศรษฐกิจและเทคโนโลยีในปัจจุบันที่สามารถลดการเสียชีวิตและการเกิดของประชากรได้ดีขึ้น เช่นเดียวกับ พวงชมพู โจนส์ (2561) กล่าวถึง โครงสร้างประชากรไทยมีอัตราการเกิดน้อยลง ผู้สูงอายุ อายุยืนขึ้น จากแนวโน้มสถานการณ์ผู้สูงอายุทำให้เกิดโอกาสของธุรกิจสินค้าและบริการ เทคโนโลยีใหม่ๆ มีขึ้นเพื่อบริการให้แก่ผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจมีผลต่อสภาพทางสังคม สภาวะเศรษฐกิจและการจ้างงาน ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมในระยะยาว ผ่านยุทธศาสตร์ต่างๆ เช่น ยุทธศาสตร์การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ หรือยุทธศาสตร์การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ เป็นต้น ให้หน่วยงานรับผิดชอบ เพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุไทยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2561)

ด้านสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทยจาก 77 จังหวัด เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2562 พบว่า ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในภาคใต้ จาก 14 จังหวัดภาคใต้ พบว่า

จังหวัดนครศรีธรรมราช คือจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุเยอะที่สุดในภาคใต้ โดยเป็นจำนวนเพศชาย 114,957 คน และเพศหญิง 150,778 คน รวมทั้งสิ้น 265,735 คน และมีจากรายงานการเข้าถึงการบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุยอดสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึง 30 กันยายน 2561 รายงานโดย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต แต่ละจังหวัดในประเทศไทย โดยนับจากประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป 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) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสามารถเกิดขึ้นจากปัจจัยจิตสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจัยด้านการไม่เห็นคุณค่าในตนเอง และความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ ความไม่พึงพอใจในชีวิต และทัศนคติเชิงลบต่อความตาย

การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ในผลการวิจัยของ มาธูรี อุไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง (2560) พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัจจัยภายในตนเอง คือ ความแข็งแรงของร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดน้อยลง และปัจจัยภายนอก คือ การมีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนผู้สูงอายุ สัมพันธ์ภาพกับญาติ และผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานมาเยี่ยมเยียนบ่อยจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีและเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานมาเยี่ยมเยียน และในส่วนของความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ จากผลการวิจัยของ วิลาวรรณ คริสต์รักษา และทิพย์ภา เชษฐเชาวลิต (2561) ได้อธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้า การปรับตัวไม่ได้ มีอาการทางจิต เบื่อหน่าย อารมณ์รุนแรง พึ่งพาบุคคลอื่น คุณค่าในตนเองลดน้อยลง ล้วนเป็นอาการความเจ็บป่วยทางด้านจิตวิญญาณ ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้เกิดการปรับตัวอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณช่วยตอบสนองต่อปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณได้อย่างแท้จริง ด้านความไม่พึงพอใจในชีวิต ผลวิจัยในงานของ วงศ์สิริ แจ่มฟ้า, ศิริรัตน์ จำปีเรือง

และพิมพ์วรรณ เรื่องพุทธ (2562) พบว่า ด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน ทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการรับรู้ด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิต การมีสุขภาพดีร่างกายดี ผู้สูงอายุเป็นวัยที่อาจเกิดโรคร้ายกว่าผู้อื่น เนื่องจากเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ หากผู้สูงอายุยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย มีการปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ประเมินสุขภาพของตนเองได้ นับเป็นการบ่งบอกถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ และด้านทัศนคติเชิงลบต่อความตายจากการศึกษาประสบการณ์ภาวะซึมเศร้าและความเศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุไทยของ อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, สุวิมล จอดพิมาย และพรณภา แสงส่อง (2561) พบว่า ความหมายของการสูญเสีย คือ การสูญเสีย เป็นการที่ถูกพลัดพราก หรือสูญเสียสิ่งสำคัญและมีค่าไป การสูญเสียจะเป็นอะไรก็ตามก็ไม่เท่ากับการเสียบุคคลที่รัก เช่น สามี ภรรยา และบุตร รวมถึงสิ่งของมีค่า การสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกแย่มากๆ เหมือนเป็นเวอร์กรรม ส่งผลให้เกิดอาการเศร้าโศก และภาวะซึมเศร้าที่ต่อเนื่องและยาวนาน รวมถึงความล้มเหลวในหน้าที่การงาน หรือทรัพย์สินมีค่า โดยเฉพาะทรัพย์สินที่พยายามสร้างมาเป็นเวลายาวนาน ก็อาจส่งผลให้รู้สึกบั่นทอนจิตใจ เกิดความเครียดมาก เศร้ามากจน จนไม่อยากทำอะไร คิดอยากตายเช่นกัน จะเห็นได้ว่า การสูญเสียทรัพย์สินมีค่า หรือของรักที่มีความหมายและมีความสำคัญต่อบุคคล ก็ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความเศร้าโศก เสียใจ เจ็บใจ โทษตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าและอาจคิดอยากตายได้

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อาจอยู่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จนกระทั่งผู้สูงอายุที่มีอาการภาวะซึมเศร้า เพื่อนำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อวิธีการพัฒนาสุขภาพจิตใจและช่วยเหลือด้านภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยจิตสังคมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยนำเสนอผ่านแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้า

1.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพแบบมนุษยนิยม (Humanist Personality Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึง การพัฒนาบุคลิกภาพของผู้สูงอายุตลอดเวลาในชีวิต ซึ่งส่งผลจากอดีตถึงปัจจุบัน โดยเน้นเรื่องคุณค่าการให้ความเคารพโดยปราศจากเงื่อนไขต่อคนอื่น ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพที่ดี อาทิ อับราฮัม มาสโลว์ (Abraham Harold Maslow) ที่มีความเชื่อว่า ความต้องการเป็นไปตามลำดับขั้น เมื่อมนุษย์ได้รับความพึงพอใจในขั้นพื้นฐานคือ ได้รับอาหาร ความปลอดภัยแล้ว ก็จะมี ความสนใจให้มีความต้องการทางสังคม การยอมรับซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการได้รับการยอมรับนับถืออย่างสูง จนทำให้กลายเป็นการสร้างสุนทรียภาพแห่งความพอใจ ดังนั้น ความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ เป็นส่วนอธิบายว่า สังคมควรที่จะช่วยทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่า บุคคลทุกคนสามารถได้รับความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานด้านสรีระและได้รับการพัฒนาความต้องการในแต่ละขั้นอย่างเต็มที่ เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นมีพฤติกรรมเห็นแก่ตัวหรือก่อความรุนแรง เช่นเดียวกับในงานของ ธนัญพร พรหมจันทร์ (2556) ได้อธิบายถึงทฤษฎีบุคลิกภาพ หมายถึง การพัฒนาบุคลิกภาพของผู้สูงอายุตลอดเวลาของชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่กำหนดสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ อาทิ ในอดีตผู้สูงอายุมีจิตใจดี ช่วยเหลือผู้อื่น มีความเมตตา เป็นส่วนร่วมของสังคมอย่างดี

เมื่อสูงวัยก็จะประสบความสุข ซึ่งแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะนิสัย บุคลิกภาพไปในทางลบ จิตใจร้าย เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยจะประสบความทุกข์ และถูกทอดทิ้ง

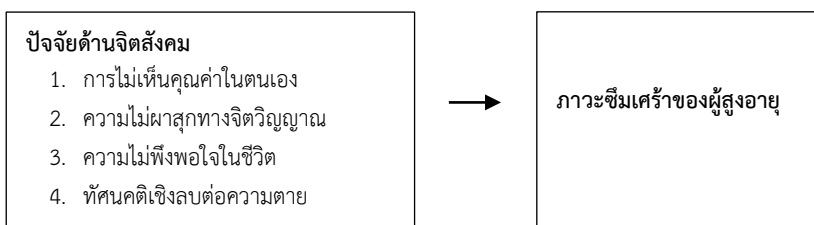
2. แนวคิดและทฤษฎีปัจจัยจิตสังคม

2.1 ทฤษฎีจิตสังคม (Psychosocial Theory) ผู้ริเริ่มในทฤษฎีนี้ คือ อิริค เอช อิริสัน (Erik H. Erikson) ได้อธิบายถึงการพัฒนาทางจิตใจด้วยการยอมรับการพัฒนาทางจิตใจตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ โดยเน้นความสำคัญปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในการพัฒนาทางจิตใจ ซึ่งเชื่อว่าบุคลิกภาพคือผลของความสำเร็จหรือล้มเหลวในการแก้ไขความขัดแย้งที่เกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของแต่ละบุคคล โดยแบ่งออกเป็น 8 ขั้นตอน ต่อไปนี้ 1) ความไว้วางใจหรือไม่ไว้วางใจ (Trust vs Mistrust) 2) ความเป็นตัวของตัวเองหรือความรู้สึกละอายสงสัยไม่แน่ใจ (Autonomy vs Shame or Doubt) 3) ความคิดริเริ่มหรือความรู้สึกผิด (Initiative vs Guilt) 4) ความขยันหมั่นเพียรหรือความรู้สึกมีปมด้อย (Industry vs Inferiority) 5) การรู้เอกลักษณ์ของตนเองหรือความสับสนในบทบาท (Identity vs Role Confusion) 6) ความผูกพันใกล้ชิดหรือการแยกตัว (Intimacy vs Isolation) 7) การคิดถึงส่วนร่วมและการคำนึงถึงแต่ตนเอง (Intimacy vs Isolation) และโดยเฉพาะอย่างยิ่งขั้นตอนที่ 8) ความรู้สึกมั่นคงสมบูรณ์หรือความสิ้นหวัง (Integrity vs Despair) จะเกิดขึ้นในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นช่วงเวลาที่บุคคลสามารถแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ในการพัฒนาทุกระยะที่ผ่านมาได้อย่างสมบูรณ์ โดยจะเข้าใจความหมาย คุณค่าในตนเอง รู้สึกพึงพอใจและยอมรับกับความรู้สึกในทุกด้านของชีวิตสามารถที่จะปล่อยวางเรื่องราวต่างๆ ได้ จนถึงขั้นสามารถที่พร้อมเผชิญสิ่งต่างๆ ที่ต่างเข้ามาคุกคามหรือความตายได้อย่างมั่นคง แต่หากพัฒนาในส่วนนี้ไม่ได้ไปเป็นอย่างที่เหมาะสมหรือล้มเหลว ก็อาจทำให้บุคคลนั้นกลายเป็นคนที่รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีโอกาสที่แก้ไขและอาจทำให้ไม่อยากอยู่ต่อไปอย่างไรคุณค่าและศักดิ์ศรี

จากทฤษฎีของอิริสัน ได้อธิบายให้เห็นถึงวัยผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความมั่นคง ความสมบูรณ์กับความสิ้นหวัง แสดงให้เห็นได้ชัดถึงผลของทิศทางจากผลของการได้รับการพัฒนาอย่างถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้การแก้ไขปัญหาในช่วงต่างๆ ผ่านไปได้ด้วยดี

ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความพึงพอใจในชีวิต ทศนคติต่อความตาย แต่หากไม่ได้รับการพัฒนาหรือพัฒนานั้นเกิดการล้มเหลวขึ้น ก็อาจส่งผลให้บุคคลนั้นกลายเป็นคนที่มีบุคลิกภาพที่อ่อนแอ ประสบความล้มเหลวในการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้เกิดความขัดแย้ง มีผลอย่างมากที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาด้านจิตใจในแต่ละช่วงของชีวิตคน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ ขึ้นไป 2) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ โดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เป็นการวิเคราะห์ตามแนวคิดของแฮร์ (Hair, 2014) ต้องมีขนาดอย่างน้อย 20 เท่าของตัวแปรสังเกตได้ (Observed Variables) ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้มีตัวแปรทั้งหมด 12 ตัวแปร ดังนั้นจึงคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 240 คน

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ได้ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบสลากแบบไม่ใส่คืน โดยสุ่มหยิบเลือกกลุ่มตัวอย่างอำเภอจาก 23 อำเภอของ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ออกมาเป็น 6 อำเภอได้แก่ 1) อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช 2) อำเภอท่าศาลา 3) อำเภอเฉลิมพระเกียรติ 4) อำเภอ

ร่อนพิบูลย์ 5) อำเภอช้างกลาง และ 6) อำเภอทุ่งสง และได้ใช้วิธีการสุ่มเป็นกลุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากเพื่อให้ได้ตำบลในอำเภอนั้นๆ 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) ของมาโนช หล่อตระกูล และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งเป็นแบบประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในขั้นต้น ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ โดยมาจากข้อต่างๆ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้าใน DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition) โดยเกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ (มาโนช หล่อตระกูล และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2563)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมอาร์เพื่อหาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้น

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 มีสถานภาพทางเศรษฐกิจพอใช้ และมีเก็บออม 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
ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ (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 ผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช คุณลักษณะปัจจัยจิตสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความไม่พึงพอใจในชีวิต การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ 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. เบื่อทำอะไรๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน	1.87	0.99	มาก
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้	1.38	0.98	ปานกลาง
3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป	2.23	0.92	มาก
4. เหนื่อยง่ายไม่ค่อยมีแรง	2.04	0.99	มาก
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	1.70	1.06	ปานกลาง
6. รู้สึกไม่ดีต่อตนเอง - คิดว่าตนเองล้มเหลวหรือเป็นคนที่ทำให้ครอบครัวผิดหวัง	0.69	0.92	น้อย

ภาวะซึมเศร้า	Mean	S.D.	ระดับซึมเศร้า
7. สมาธิไม่เต็มเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	1.73	0.97	ปานกลาง
8. พุดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือ กระสับกระส่ายสนทนากันอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย	0.68	0.90	น้อย
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 หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป” สูงที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 2.23 และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า “ข้อ 9 คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าเสียชีวิตก็คงดี” ต่ำที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับน้อยที่สุด โดยที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 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 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปรากฏผลว่า การไม่เห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ความไม่พึงพอใจในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .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 R ² = 0.210 Adjusted R ² = 0.193				
F-statistic =12.460*** p-value = 0.000				

จากตารางที่ 4 ปัจจัยจิตสังคมที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีทั้งหมด 2 ตัวแปร คือ การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง และความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยการไม่เห็นคุณค่าในตนเองส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .001 และความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปและอภิปรายผล

1. ผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดคือ “ข้อ

3 หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป” อยู่ในระดับมาก ในขณะที่ “ข้อที่ 9 คิดทำร้ายตัวเอง หรือคิดว่าถ้าเสียชีวิตก็คงจะดี” ต่ำที่สุด อยู่ระดับน้อยที่สุด แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่ยังสามารถให้การช่วยเหลือจากผู้ที่ไว้วางใจได้ และรวมถึงการแสดงให้เห็นถึงการพักผ่อนที่อาจไม่เพียงพอ หรือการไม่ได้มีเวลาออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ ดังนั้น ข้อเสนอแนะในการดูแลจากผลการทดสอบภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ของ มาโนช หล่อตระกูล และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (2564) ได้อธิบายว่า หากมีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง ข้อเสนอแนะในการดูแล คือ ควรมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ มีการทำกิจกรรมผ่อนคลาย พบปะกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน ไม่จมอยู่กับปัญหา แต่หากอาการที่เป็นกระหนาบต่อการทำงานหรือการเข้าสังคม และยังคงมีอาการระดับนั้นนาน 1-2 สัปดาห์แล้วยังไม่ดีขึ้น สิ่งที่ดีปฏิบัติคือการเข้าพบแพทย์เพื่อรับการช่วยเหลือและให้การรักษาต่อไป เพื่อทำการรักษาไม่ให้อาการระดับนี้เพิ่มขึ้นไปสู่ระดับที่รุนแรงได้

2. การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง (X_1) ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช เนื่องจาก ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองมีค่าน้อยกว่าคนอื่น ไร้คุณค่าในตนเองเป็นประโยชน์อีกทั้งยังเป็นภาระแก่บุคคลอื่น รวมถึงยังมีความรู้สึกว่าไม่มีใครมองเห็นหรือให้ความสำคัญในตัวเอง สูญเสียบทบาททางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกการไม่เห็นคุณค่าตนเองของผู้สูงอายุสอดคล้องกับงานของ ธัญพร พรหมจันทร์ และศิริลักษณ์ ศุภพิตร (2557) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวสูงก็จะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าระดับสูง ก่อให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ทำให้มีความรู้สึกตำหนิตนเองเกิดขึ้น รวมถึงการรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระให้กับผู้อื่น และมักจะเปรียบเทียบกับคนอื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยค่าส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

3. ความไม่ผาสุกทางจิตวิญญาณส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุยังคงมีเรื่องให้ทุกข์ใจอยู่บ่อยครั้ง และยังคงโหยหาความต้องการที่จะประสบความสำเร็จให้มากกว่าที่เป็นอยู่ ก่อให้เกิดความกระวนกระวายภายในจิตใจ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณนอกจากความศรัทธาในเรื่องของศาสนา ก็สามารถเกิดขึ้นจากการกระทำของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในชีวิตเป็นหลัก ซึ่งสอดคล้องกับการอธิบายในงานของ อภิรติ โชนิรัตน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, คะนิงนิจ พงศ์ถาวรกุล และศรียา มน (2563) พบว่า หากผู้สูงอายุมีความ

ผาสูกทางจิตวิญญาณ ก็ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น เพื่อการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีความสุข นอกจากนี้ นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ (2559) และตฤลิลา จำปาวัลย์ (2560) เห็นพ้องต้องกันว่า หากภาวะทางจิตใจมีความผิดปกติทางอารมณ์ ความรู้สึก ทำให้การมองโลกในแง่ลบ และส่งผลเสียต่อสุขภาพชีวิต และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุควรได้รับคำปรึกษา คำแนะนำจากแพทย์ รวมถึงวิธีในการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงควรมีกิจกรรมการออกกำลังกาย พักผ่อนอย่างเพียงพอ และไม่ควรจมอยู่กับปัญหา รวมถึงปรึกษาแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ เพื่อรับคำแนะนำ วิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้า

2. ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าการไม่เห็นคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรมีกิจกรรมแก่ผู้สูงอายุ ควรมีกิจกรรมที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่สังคม ซึ่งจะช่วยสร้างความภาคภูมิใจและเพิ่มความรู้สึกการเห็นคุณค่าในตนเองมากยิ่งขึ้น เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

3. ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าความไม่ผาสูกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรมีกิจกรรมแก่ผู้สูงอายุ เพื่อช่วยสร้างเสริมสุขภาพจิตใจให้มีความเข้มแข็ง และคลายความทุกข์ใจเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ พร้อมทั้งกิจกรรมที่ใช้ในทางศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจแก่ผู้สูงอายุ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับจากปานกลางถึงรุนแรงมาก เพื่อให้การช่วยเหลือและติดตามประเมินผลต่อไป

2. ควรมีการศึกษาในส่วนของครอบครัว หรือสังคมโดยรอบของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อหน่วยงานหรือองค์กรที่สำคัญต่อผู้สูงอายุได้ให้คำปรึกษา คำแนะนำในการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รวมไปถึงการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการดูแลตัวเอง ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและคนในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ให้มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสมที่สุด

3. ควรมีศึกษาหรือพัฒนารูปแบบของโปรแกรมที่ช่วยในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยเป็นโปรแกรมหรือกระบวนการที่เน้นการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง การสร้างความสุขทางจิตวิญญาณ พร้อมทั้งเป็นส่งเสริมการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถในดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสนับสนุนให้เกิดการบริการ การศึกษา กิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุต่อไป

4. การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชเท่านั้น หากมีศึกษาเพิ่มเติมในพื้นที่ภูมิภาคอื่น ที่มีบริบทแตกต่างกันออกไป ก็จะสามารถเพิ่มเติมรายละเอียดในส่วนอื่น เพื่อหาแนวทางจัดการกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2561). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2561*. กรมกิจการผู้สูงอายุ: โรงพิมพ์สามลดา.
- กรมสุขภาพจิต. (2561). *สถิติผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสูงอันดับ 2 อาชีพตำรวจก็ด้วย*. สืบค้นจาก <https://bit.ly/34AAeLG>

- ตฤลิลา จำปาวัลย์. (2560). แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 2(2), 1-11.
- ไทยพีบีเอส. (2560). สธ.เตือนภัยเงียบ “โรคซึมเศร้า” แนะนำครอบครัวสังเกต 9 อาการ. สืบค้นจาก <https://news.thaipbs.or.th/content/268828>
- ธัญพร พรหมจันทร์ และศิริลักษณ์ ศุภปิธิพร. (2557). ภาวะซึมเศร้า และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 58(5), 545-561.
- ธัญพร พรหมจันทร์. (2556). ภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ. (2559). ภาวะซึมเศร้า. *วารสาร มจร.วิชาการ*, 1(38), 105-118.
- บ้านจอมยุทธ. (ม.ป.ป.). *ทฤษฎีบุคลิกภาพ แบบมนุษยนิยม*. สืบค้นจาก <https://www.baanjomut.com/library/personality/08.html>
- พวงชมพู โจนส์. (2561). สังคมผู้สูงอายุ: โอกาสและความท้าทายทางธุรกิจ. *วารสารธุรกิจปริทัศน์*, 10(1), 1-6.
- มารูรี อุไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง. (2560). การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษามูลนิธิสงเคราะห์คนชราอนาถาแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. *วารสารรุสมีแล*, 38(1). 29-44.
- มานอช หล่อตระกูล และคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี. (ม.ป.ป.). *แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า PHQ-9*. สืบค้นจาก https://med.mahidol.ac.th/th/depression_risk
- โรงพยาบาลเปาโลโชคชัย 4. (2561). *โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ...อันตรายที่ใกล้แค่เอื้อม*. สืบค้นจาก <https://www.paolohospital.com/th-TH/chokchai4/Article/Details/อายุรกรรม/โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ...อันตรายที่ใกล้แค่เอื้อม>

- เลิศวัลลภ ศรีชะพลกุลสิทธิ และธมนพัชร ศรีชะพลกุลสิทธิ. (2560). การปรับตัวเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์*, 20(1), 253-265.
- วงศ์สิริ แจ่มฟ้า, ศิริรัตน์ จำปีเรือง และพิมพ์วรรณ เรื่องพุทธ. (2562). ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 11(2), 259-271.
- วิลาวรรณ คริสต์รักษา และทิพย์ภา เชษฐุ์เขวลิต. (2561). บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ: มิติวิญญาณ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(2), 6-14.
- ศุนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต. (2561). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุประจำปี 2561. สืบค้นจาก https://www.thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/60up/dep_60up_61.pdf
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). (2559). คู่มือการดูแลผู้สูงวัย สูตรคลายซึมเศร้า. สืบค้นจาก <https://dol.thaihealth.or.th/resourcecenter/sites/default/files/documents/khuumuuekaarduaelphuusuungaayus uutrkhlaaychuemesraa.pdf?download>
- อภิรดี โชนิรัตน์, วิราพรณ วิโรจน์รัตน์, คะนิงนิจ พงศ์ถาวรกมล และศรียา มติรพัฒน์. (2563). ปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31(1). 93-108.
- อรพรรณ ลีอนุธวัชชัย, 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.